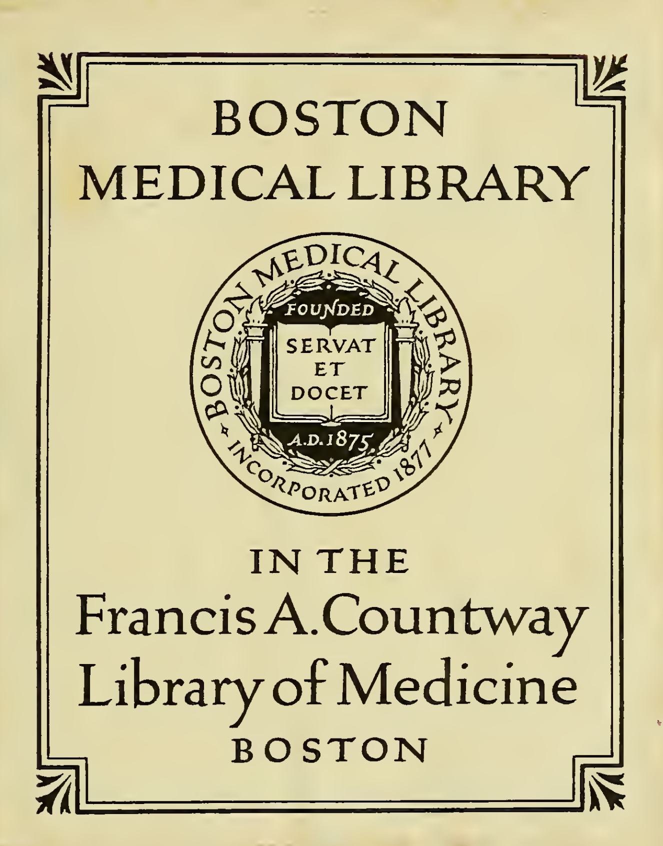


16.—

avec 24 planches


BOSTON
MEDICAL LIBRARY
BOSTON MEDICAL LIBRARY
FOUNDED
SERVAT
ET
DOCET
A.D. 1875
INCORPORATED 1877
IN THE
Francis A. Countway
Library of Medicine
BOSTON

à Mr. Jurine, professeur d'accouch.
à genève
De la part de l'auteur.

L'ART D'ACCOUCHER.

TOME I.

L'ART D'ACCOUCHER,

PAR G. G. STEIN,

PROFESSEUR A L'UNIVERSITÉ DE MARPOURG;

TRADUIT DE L'ALLEMAND SUR LA 5e. ÉDITION,

PAR P. F. BRIOT,

Docteur en Chirurgie, ex-Chirurgien de première Classe aux Armées, Professeur d'Anatomie à Besançon, Correspondant de la Société de l'École de Médecine de Paris;

AVEC VINGT-QUATRE PLANCHES:

SUIVI

D'UNE DISSERTATION

SUR

LA FIÈVRE PUERPÉRALE,

PAR J. CHARLES GASC, Professeur en Médecine.

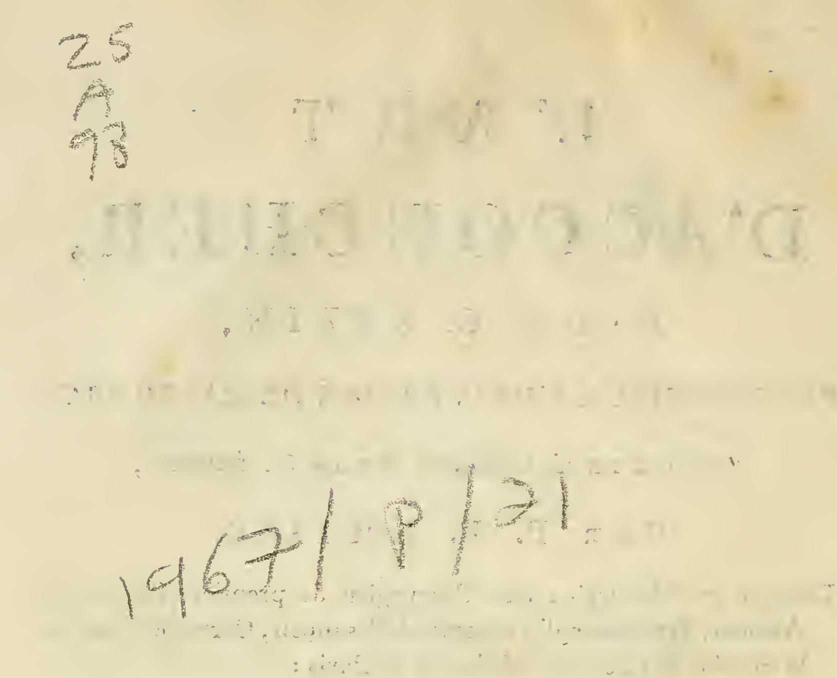
PREMIERE PARTIE. *THÉORIE.*

Mayor D. Ch.

A PARIS,

Chez
CROULLEBOIS, Libraire, rue des Mathurins, N°. 398.
BOSSANGE, MASSON ET BESSON, Imprimeurs-Libraires, rue de Tournon, N°. 1133.
GABON et Compagnie, Libraires, place de l'École de Médecine.

AN XII. — M. DCCCIV.



DISCOURS PRÉLIMINAIRE
DU
TRADUCTEUR,

Lorsque suivant la marche des armées de la république dans les pays étrangers, et cherchant à en rapporter dans le mien les connoissances que je pourrois acquérir dans l'art de la médecine, je lus le *Traité allemand de Stein* sur les accouchemens, je ne tardai pas à m'apercevoir de son mérite : dès-lors, je songeai à en donner un précis ; mais à mesure que j'avançai dans sa lecture, j'y remarquai une précision, une originalité et une réunion de choses qui me déterminèrent à en entreprendre la traduction.

Quoique assez généralement on regarde une traduction comme un ouvrage de peu de mérite, et qui ne rapporte à son auteur ni gloire ni avantage, il n'en est pas moins vrai que celui qui traduit un bon ouvrage, rend service à la société. De même que le commerce, la littérature et les sciences s'enrichissent par des échanges, et sous le rapport des lumières comme sous celui des productions, les divers pays ont besoin les uns des autres : les hommes qui les parcourent recueillent de nouvelles idées dans leurs

communications avec les savans qui les habitent, ils les rapportent dans le leur; et ce genre de conquêtes qui ne coûtent ni larmes, ni sang au vaincu, est souvent le seul réel dédommagement que le vainqueur retire des sacrifices que ses victoires lui ont coûté. Si nous nous sommes trouvés dans un moment où tout étoit dirigé vers les conquêtes que l'on n'obtient que par la destruction des hommes, tâchons de le faire oublier par le récit de celles que nous cherchions à faire pour leur conservation.

Sans doute, on ne peut refuser aux Allemands le mérite d'avancer les progrès des sciences qui sont basées sur l'observation et l'expérience; c'est un avantage qu'ils doivent à la vie méditative et à l'esprit de recherches constant et infatigable qui les caractérisent: aussi les médecins Allemands ont-ils toujours joui d'une grande réputation, et leurs noms figurent-ils honorablement sur le catalogue de ceux qui ont travaillé avec succès aux progrès de la médecine; peut-être même dans le moment actuel, n'est-il pas de nation qui puisse se vanter de réunir un aussi grand nombre de bons auteurs, et sur-tout d'auteurs classiques. Si les jeunes gens qui publient des productions dans lesquelles on ne trouve que des choses que l'on peut lire ailleurs que dans leurs ouvrages, réfléchissoient à la riche moisson que l'on peut faire dans ceux des Richter, des Hufeland, des Sœmering, des deux Franck, des Brambilla, des Schreyel, des Pfaff, des

Veikard, des Selle, des Hildebrand, des Loëfler, des Boer, des Vickman, des Eyerel, des Burserius, des Girtanner, des Smucker, des Blumenbach, des Tode, et de tant d'autres ; sans doute ils préféreroient s'occuper au genre de la traduction, qui, quoique ingrat sous bien des rapports, présente à celui qui s'y livre, l'avantage de joindre ses idées à celles de l'auteur qu'il traduit, et de réunir ainsi dans un seul livre, ce qui pourroit ne se trouver que dans deux, plutôt que de compromettre leur gloire en publiant prématurément des productions que, dans un âge plus avancé, ils regrettent d'avoir mis au jour. Si c'est en partie de cette manière que les Coray, les Bosquillon, les Corvisart, les Mahon, les Alibert, les Léveillé (1), se sont fait un nom et ont acquis de la célébrité, pourquoi le même travail ne garantiroit-il pas les mêmes succès ?

Une des premières idées que j'ai dû avoir en m'occupant de cette traduction, a été d'y ajouter quelques notes ; et j'avoue que peu d'ouvrages m'ont paru en avoir autant besoin que celui-ci, à raison de son extrême laconisme et de l'obscurité du texte en certains endroits : il paroît que l'auteur a voulu se réserver beaucoup de choses à dire dans ses leçons particulières ; et c'est en cela que diffère le grand ouvrage du

(1) Traducteurs d'Hyppocrate, de Cullen, de Bell, de Stoll, de Pasta, de Brouun, de Scarpa.

professeur Baudelocque, dans lequel l'auteur a donné aux choses un dévelopement qui ne laisse rien à désirer. Mais n'ayant point encore assez pratiqué l'art des accouchemens, et ne voulant pas répéter ici ce que l'on peut trouver ailleurs, j'ai cru devoir me borner à une simple traduction; me réservant d'ajouter des notes à une seconde édition, si celle-ci obtient en France une partie de la faveur que l'ouvrage a eu en Allemagne et en Italie (1).

Disciple de Levret et de Rœderer, Stein jouit en Allemagne de la réputation du premier accoucheur. D'abord il professa, avec le plus grand succès, l'art des accouchemens à Cassel, puis à Marpourg, où il forma une école, à laquelle la réputation du professeur, la facilité de s'y instruire, et la réunion de tous les objets relatifs à cet art, attirèrent un concours nombreux d'étudians, tant de l'Allemagne que des pays étrangers. L'ouvrage que je traduis servoit de guide à l'auteur dans ses leçons publiques; il y enseigne en partie les principes de Levret, mais il leur imprime un caractère propre, et donne souvent des choses vraiment neuves et originales.

On trouve en tête des deux volumes qui forment cet ouvrage, deux préfaces assez courtes,

---

(1) Cet ouvrage a eu cinq éditions en Allemagne, dans l'espace de peu d'années, et le célèbre Monteggia, professeur en chirurgie à Milan, en a donné une traduction italienne, qui est l'ouvrage élémentaire que l'on suit dans la plupart des écoles d'Italie.

dans lesquelles l'auteur ne parle que des dispositions locales de son hôpital et de son école. J'ai cru pouvoir suppléer à ces détails indifférens pour le lecteur étranger, quelques-unes des judicieuses observations que le traducteur Italien a placées en tête de l'édition qu'il a donnée, et celles qui sont le fruit de mes voyages, de mes études, de ma pratique, et surtout des savantes leçons des Nédey, des Flammand, des Plessmann, des Baudelocque, que j'ai eu l'avantage de suivre.

Parmi les différentes branches de la chirurgie, l'art des accouchemens me paroît être celle dans laquelle on parvient le plus difficilement à faire cadrer la pratique avec les préceptes théoriques, et cela, parce que les accouchemens laborieux étant presque les seuls du domaine de la chirurgie, les occasions de mettre en pratique les préceptes renfermés dans les livres, sont plus rares; et lorsqu'elles se présentent, les faits passant rapidement sous les yeux de l'homme de l'art, toute son attention se dirige du côté des secours à donner à la femme en couche; et s'il n'a contracté de bonne heure l'habitude de réfléchir et de penser, il devient incapable de raisonner sur les cas particuliers, et loin de tenir une conduite dictée par les principes, il se hâte de terminer l'accouchement par des procédés que l'art improuve.

Pour éviter autant que possible cet inconvénient, il me paroît sur-tout nécessaire que celui

qui se destine à l'exercice de l'art des accouchemens, ne néglige aucun des moyens capables de faire des progrès dans la pratique ; qu'il ne laisse passer aucun accouchement, ni rien qui y soit relatif, sans en noter les moindres détails, et sans y ajouter ses propres réflexions. Du résultat de ce qu'il aura vu et appris, il pourra se former une somme de connoissances théoriques et pratiques, qui le dirigeront sûrement dans la route qu'il devra tenir. Lorsqu'il s'est ainsi fait une habitude de l'observation, pendant le tems que la nature ou l'art met à terminer un assez grand nombre d'accouchemens difficiles, il saisit un instant pour se retirer à l'écart, et noter tout ce qui arrive, jusqu'aux moindres détails. Et en réfléchissant ensuite tranquillement et éloigné de tous les objets de distraction où jettent nécessairement les cris de la femme en couche et la consternation des assistans, il détermine ainsi, dans le silence de la réflexion, les moyens à employer. J'ai regardé ces préceptes comme tellement importans, que depuis que je me livre à la pratique des accouchemens, je me suis imposé la loi de tenir note de tout ce qui est relatif aux accouchemens que je fais. Ainsi je marque l'âge et le tempérament de la femme en couche, combien d'enfans elle a eu, si ses couches précédentes ont été heureuses ou malheureuses, si elle a été long-tems dans les douleurs de l'enfantement ; je note tout ce qui est arrivé pendant la grossesse, la position dans

laquelle l'enfant se présente ; j'étudie la nature des douleurs, leur fréquence, leur intensité ; j'examine la conformation du bassin, l'état et la situation de l'orifice de la matrice et de son fond, sa direction, le lieu d'insertion du placenta, le tems qui s'écoule depuis l'apparition des premières douleurs jusqu'à la sortie des eaux, de cette période jusqu'à la sortie de l'enfant. Je donne la plus grande attention à l'état des forces, et j'examine si elles sont suffisantes, ou trop fortes, ou trop foibles, pour, dans le premier cas, laisser le travail à la nature, les diminuer ou les ralentir dans le second, les augmenter ou les exciter dans le troisième. Je m'attache à reconnoître toutes les causes qui peuvent ou retarder l'accouchement ou s'opposer à sa terminaison ; l'effet des différens moyens que j'emploie, des différentes positions que je fais prendre à la femme ; enfin, je tiens note de tout ce qui arrive à la suite de l'accouchement. Si tous ceux qui se livrent avec des talens suffisans, à la pratique de cette branche de la médecine, vouloient s'occuper d'un semblable travail, il en résulteroit bientôt un code de pratique capable de diriger sûrement ceux qui se destinent à courir la même carrière.

Un autre obstacle qui s'opposera toujours aux progrès de l'art d'accoucher, c'est que cet art n'est pas susceptible d'être démontré sur le cadavre, et peu sur le vivant, parce que la main de l'accoucheur opère dans la matrice d'une

manière qui ne peut être aperçue des assistans. Pour obvier en quelque sorte à cet inconvénient, on a coutume de démontrer le manuel des accouchemens sur une machine artificielle, que l'on appelle *fantôme*. Celle dont se sert le professeur Stein a pour base un squelette de femme garni et revêtu de cuir : dans le bassin est placée une matrice également de cuir, de grandeur et de forme naturelles, dans laquelle on met une poupée de peau ressemblant à un fœtus. C'est à l'aide de ces machines que l'on exécute avec la main seule ou aidée d'instrumens, toutes les opérations que peuvent nécessiter les accouchemens laborieux et contre nature. Quelquefois l'auteur se sert de fœtus naturels, ce qui n'est pas sans avantage.

Mais une manière d'exercer les jeunes gens qui étudient l'art des accouchemens avant qu'ils puissent se livrer à la pratique, manière proposée par Monteggia (1), adoptée par Camper, et qui me paroît bien préférable à la machine la mieux imaginée, est la suivante :

Elle consiste à enlever les intestins et les viscères abdominaux du cadavre d'une femme, et à couper en-dedans le vagin et l'intestin rectum au-dessus du muscle sous pubio-coccigien (releveur de l'anus) : cela fait, on place une poupée dans le ventre de la femme, on la présente à la vulve dans toutes les positions possibles, et

(1) *Alcune, osserv. prelim. del tradutt.*

on en fait l'extraction à travers la vulve avec la main ou avec les instrumens, comme on le feroit sur le vivant.

A la première extraction de la poupée sur un cadavre ainsi préparé, dit l'auteur de ce procédé, il arrive souvent que les restes du péritoine, abandonnés à eux-mêmes, forment une bride qui s'oppose à l'extraction de la tête et la rend plus difficile : mais de même qu'un second accouchement naturel se termine plus aisément qu'un premier, de même aussi le procédé recommencé sur le même sujet, réussit beaucoup mieux et s'opère plus facilement : peut-être même l'exécution de ce procédé devient-elle trop facile, parce qu'il ne reste plus rien entre la vulve et l'anus, et que ces parties ne sont pas soutenues comme elles l'étoient par leur union aux parties environnantes, ce qui favorise leur déchirement jusqu'à l'anus. Au reste, ce déchirement même a son avantage, en ce qu'il donne une idée de celui qui arrive quelquefois sur le vivant. D'un autre côté, cette trop grande facilité à passer peut être diminuée en retenant intérieurement le rectum, et le fixant avec un lien aux dernières vertèbres lombaires, de manière à ce qu'il ne suive point la poupée, lorsqu'on en fait l'extraction. On laisse aussi la vessie en place, et en cela, on se comporte différemment de Camper, qui avoit coutume de l'ôter.

Les avantages qu'on peut retirer de cette manière d'exercer sur le cadavre l'art des

accouchemens, sont très-grands, puisque par elle, on peut non-seulement exécuter tous les procédés relatifs au toucher et les diverses opérations, mais encore voir et juger les différentes positions du fœtus, l'effet de l'action des mains ou des instrumens; enfin, tout ce qui est relatif au passage du fœtus à travers le bassin

En s'exerçant, par exemple, à faire l'extraction du fœtus par les pieds, outre beaucoup d'autres particularitées relatives à cette opération, on verra comment la tête arrivée à la proéminence du sacrum, celle-ci forme un obstacle à sa sortie, quand elle se trouve tournée directement en arrière à son passage à travers le détroit supérieur; comment il faut la tourner et tenir le fœtus de manière que la tête soit dirigée un peu obliquement, pour éviter de rencontrer l'éminence dont je viens de parler. A la vérité, lorsqu'on néglige de donner cette situation oblique à la tête, celle-ci peut descendre directement, le milieu de la face parcourant l'éminence sacrée; et c'est même de cette manière qu'opèrent le plus souvent ceux qui ignorent la précaution à prendre dans ce cas, et regardent comme règle générale, que la tête doit sortir la face tournée directement en bas. Lorsqu'on opère ainsi la sortie du fœtus, on remarque que la tête, au lieu de descendre doucement dans le petit bassin, doit surmonter deux obstacles, et fait ordinairement deux petits sauts, dont l'un est occasionné par le

choc du menton contre l'éminence sacrée, et l'autre par le nez, qui suffit quelquefois pour retenir la tête pendant quelque tems. Quoiqu'on puisse réduire ces deux sauts en un seul, le professeur Monteggia prétend néanmoins que lorsqu'on tire le fœtus la face tournée directement en bas et en arrière, quelquefois la grande mobilité du col lui donnant la facilité de se tourner un peu de lui-même, le menton et le nez quittent la convexité moyenne de la synchondrose sacro-vertébrale, pour s'engager latéralement dans le passage qui se trouve entre l'éminence de la première vertèbre du sacrum et celle formée par le muscle pré-lumbo-trochantinien (psoas), de manière que la face se trouve vis-à-vis le passage moyen entre l'éminence du sacrum et la symphise sacro-iliaque : d'où l'on voit qu'il n'est pas absolument nécessaire de tourner la face contre cette dernière symphise, c'est-à-dire, dans la direction des diamètres obliques de Deventer, comme le recommandent tous les auteurs : il y a plus, c'est que, selon le professeur Italien, il est mieux de ne le pas faire, parce que la tête devant ensuite être tournée la face directement en arrière lors de son passage au détroit inférieur, elle revient plus facilement à cette position, si on ne lui en a pas donné une si latérale.

Quoique chaque jour des sages-femmes et des officiers de santé peu instruits, retournent des enfans dans le sein de la mère, et en font

on sent un craquement dans les vertèbres ; et pour peu qu'on continue de tirer un peu fort, il se fait un écartement de la moëlle épinière qui donne subitement la mort à l'enfant. Lorsque l'écartement a été assez léger, et qu'il a été produit par une traction plus forte d'un côté que de l'autre, l'enfant court risque de rester paralytique du côté où le col a été plus fortement tiré. Cependant, toutes les fois que l'on sent un petit craquement dans le col, les accidens que je viens de rapporter n'ont pas nécessairement lieu.

3°. De savoir agir convenablement sur la tête : à cet égard, quoiqu'en aient dit Stein et d'autres grands maîtres, j'ai pour principe qu'on doit distinguer deux tems dans l'extraction de la tête après celle du corps : le premier a lieu lorsque la tête n'a pas encore passé le détroit supérieur, et ce tems est caractérisé par la présence du col tout entier dans la cavité du bassin. Le second a lieu, lorsque la tête est entièrement descendue dans la cavité du petit bassin, et se présente déjà au détroit inférieur : dans ce second tems, le col est entièrement hors du bassin. La conduite à tenir est bien différente dans ces deux tems : dans le premier, il est mieux que la tête ne soit pas située de manière à ce que la face soit dirigée contre le sacrum, mais bien un peu de côté ; et si elle est dans cette position, il faut lui en donner une autre en éloignant un peu l'occiput du milieu du pubis,

et la face de la proéminence du sacrum. De plus, il faut encore tirer la tête selon l'axe du bassin et de la matrice, c'est-à-dire, de haut en bas, et d'avant en arrière : dans ce cas, l'occiput a un peu plus de chemin à faire pour descendre. La tête descendue dans le petit bassin et au second degré de son extraction, l'occiput n'a plus à descendre, mais il reste fixé au pubis, point où la direction change, car alors on tire le col en devant et en haut vers le ventre de la femme, et on fait sortir la face en dessus dans la direction de l'axe du vagin qui se courbe en avant. Au reste, la difficulté que l'on rencontre dans l'extraction de la tête située au détroit inférieur, est beaucoup moindre que celle qu'on éprouve à lui faire franchir le détroit supérieur. On remarque souvent cette différence dans le passage de la tête aux détroits, lorsqu'on opère avec le forceps, et même dans les accouchemens naturels, chez certaines femmes enceintes pour la première fois.

A ces préceptes sur les moyens à employer pour éviter les accidens qui accompagnent souvent la sortie de la tête du fœtus après le corps, j'ajouterai quelques réflexions sur la manière de tirer sur les pieds, réflexions qui prouvent la nécessité de faire attention aux diamètres du détroit supérieur dans cette partie du procédé opératoire. Supposons, par exemple, que le fœtus présente les fesses au détroit supérieur, que le corps soit tourné en devant ou en arrière, et que les pieds se trouvent un peu

au-dessus du pubis ou du sacrum, de manière que les jambes soient pliées aux genoux en bas. Dans ce cas, si on saisit les pieds, et si on veut les tirer en bas, il faut que les cuisses s'écartent du ventre du fœtus, et, pour s'abaisser, décrivent un grand arc de cercle : dans ce mouvement, l'extrémité inférieure de la cuisse ou le genou vient nécessairement heurter contre les os pubis ou contre l'éminence du sacrum qui le retiennent fortement. Or donc, pour éviter cet obstacle, il faut faire ensorte que l'évolution de la cuisse ne se fasse pas dans la direction du petit diamètre, mais bien dans celle du plus grand, c'est-à-dire, d'une iliaque à l'autre. Dans ce cas, il convient de faire décrire un quart de cercle aux extrémités du fœtus que l'on tient dans la main, ou même au fœtus tout entier, de sorte qu'après cette espèce de culbute, on tire sur les pieds avec moins de difficultés et sans crainte d'occasionner une fracture, ce qui ne peut se faire aussi facilement par l'autre procédé, et est même impossible lorsque les eaux sont écoulées depuis long-tems.

Deux genres de fractures peuvent être la suite des manœuvres maladroites ou nécessaires que l'on a exercées sur le fœtus : ces fractures dépendent de la manière dont on a appliqué les forces que l'on a employées, ce qui met une différence dans le genre de lésion ; c'est pourquoi on doit distinguer les fractures qui ont lieu par inflexion

ou par une forte courbure de l'os qui se rompt, et celles qui reconnoissent pour cause une traction directe et violente exercée sur l'articulation. Les fractures du premier genre sont assez faciles à reconnoître et à guérir, mais le diagnostique de celles du second est toujours plus difficile, et le succès plus incertain; il y a plus, c'est que lorsqu'il n'en résulte pas la mort immédiate de l'enfant, le membre reste souvent paralytique, atrophié ou difforme; et c'est à cela que l'on doit attribuer la plus grande partie, pour ne pas dire toutes les difformités de naissance. Observez que ce dernier genre de lésion est improprement appelé *fracture* par les auteurs; c'est un véritable *diastasis*, un écartement des épiphises des os occasionné par la distension ou la rupture des ligamens, et alors le plus grand mal, mal auquel il est souvent impossible de porter remède, n'est pas à l'os seulement, mais bien à la capsule, aux ligamens, et quelquefois aux muscles eux-mêmes.

Ces accidens, heureusement très-rares, n'ont guère lieu que dans les cas où l'on est obligé de faire des efforts violens sur un bras du fœtus lorsque les eaux sont écoulées depuis longtems, et que la matrice contractée ne permet plus de donner une autre position au fœtus. Ce cas, un des plus difficiles sans doute, arrive quelquefois dans les campagnes, parce qu'on a coutume d'appeler plus tard les chirurgiens que dans les villes : alors on éprouve une très-

grande difficulté d'arriver jusqu'aux pieds, et une plus grande encore de les tirer dehors; et lorsque cela est impossible, peut-être ne reste-t-il que la ressource de tirer sur le bras. Ce moyen, quoique contraire aux règles de l'art, a néanmoins été mis en pratique depuis peu par quelques accoucheurs étrangers, qui ont donné des préceptes sur son emploi, ne le conseillant, toutefois, que dans les cas où il est absolument impossible de recourir à un autre procédé. Cet objet étant d'une assez grande importance, et en quelque sorte nouveau, je ne crois pas faire un hors-d'œuvre en plaçant ici ce que m'ont appris à cet égard la lecture d'ouvrages nouveaux écrits dans un idiome différent, et la fréquentation de chirurgiens étrangers.

Un chirurgien Allemand, fort estimable, m'a raconté que faisant une saignée de bras à une femme qui étoit en travail, et chez laquelle le fœtus présentoit un bras, l'accouchement se termina naturellement pendant que le sang couloit; le fœtus sortit par les fesses et les pieds.

Il m'a été raconté un fait plus singulier encore, arrivé dans un petite ville près de Milan. Un chirurgien appelé pour terminer un accouchement dans lequel l'enfant présentoit un bras livide, en fit l'amputation dans l'articulation scapulo-humérale : peu après la femme accoucha d'un enfant, qui guérit de son amputation, mais mourut ensuite d'une autre maladie

environ un an après sa naissance. Il n'est pas probable que cette amputation ait facilité la sortie de l'enfant qui se fit naturellement. Cette inutile et barbare opération, est un de ces délits de l'art qui ne peuvent être permis dans aucun cas, et qui impriment, d'une manière inéfaçable, le sceau de l'ignorance sur le front de celui qui s'en rend coupable.

Rœderer rapporte, qu'une femme eut trois accouchemens dans lesquels l'enfant sortit toujours en double (1). Dans le cas dont il fut témoin, le cordon et le bras droit se présentoient au passage. Après de longs et inutiles efforts pour les faire rentrer, la sage-femme se décida à tirer sur le bras en se faisant aider d'une autre femme. Secondée des douleurs qui étoient très-fortes, elle amena l'enfant mort replié sur lui-même. La tête tournée vers la partie antérieure du corps se trouvoit placée

(1) Je placerai ici une réflexion que fait à cet égard le professeur Monteggia. Il est, dit-il, des femmes qui, quoique n'ayant aucun vice sensible de structure, après avoir eu un accouchement laborieux, par exemple, un accouchement dans lequel l'enfant se présentoit en travers, paroissent avoir une propension à contracter l'habitude de cette espèce d'accouchement. Je ne dis pas que cela soit très-fréquent, mais j'ai quelques exemples, parmi lesquels je ne citerai que celui d'une femme qui a accouchée trois fois, les trois fois l'enfant s'est présenté en travers, et on a été obligé de le retourner. Ce ne seroit peut-être pas une supposition ridicule que de penser que la matrice obligée une fois de se dilater en travers par la mauvaise situation du fœtus, acquiert une plus grande propension à le faire dans ce sens; la matrice prêtant moins à la dilatation perpendiculaire, le fœus ne peut en prendre la direction.

entre les cuisses de l'enfant. La mère fut heureusement délivrée et guérit (1).

Le professeur Italien, que j'ai déjà cité, nous apprend qu'une femme de Laveno, sa patrie, éprouvoit les douleurs de l'enfantement, et qu'un bras du fœtus sortoit de la vulve, descendoit et montoit alternativement. On appela un chirurgien ; mais, pendant le tems qu'il mit à venir, l'accouchement se termina de lui-même ; l'enfant sortit vivant, mais il mourut aussitôt (2).

Le même auteur nous rapporte encore les deux faits suivans : Une femme déjà mère de huit enfans, avoit rendu ses eaux depuis douze heures ; un bras de l'enfant se présentoit à la vulve, et on avoit déjà tenté inutilement l'extraction du fœtus : j'introduisis la main, dit l'auteur, et trouvai l'autre bras ; la main portée un peu plus haut et en arrière, je rencontrai un pied que je tirai un peu en bas dans le vagin sans pouvoir l'extraire : il ne me fut pas possible d'arriver à l'autre pied. Quand je fus fatigué, des confrères me remplacèrent, mais on auroit plutôt arraché la jambe. Enfin, on se décida à faire sortir l'autre bras et à tirer sur les deux en même-tems. Tandis quenous tirions ainsi avec force en avant et vers le pubis, nous vîmes les fesses paroître et sortir

---

(1) *Élémens de l'Art des accouchem.* Observ. 5.

(2) Ouv. cité.

avec violence en-dessous, c'est-à-dire, le long de la partie postérieure du vagin : de cette manière, le fœtus sortit tout d'un coup jusqu'à la tête, et on en termina aisément l'extraction.

Dans un cas semblable, continue le même auteur, n'ayant pu parvenir à retourner le fœtus, je fis sortir l'autre bras, et quoique le tirant avec force, je ne pus opérer l'accouchement de cette manière. Je fus obligé de placer un crochet dans la poitrine, et tandis qu'à l'aide de cet instrument, je continuois de tirer avec force, le fœtus sortit par les fesses. Une autre fois, je fis de la même manière un accouchement au moyen du crochet implanté dans la poitrine ; le fœtus sortit aussi par les fesses en-arrière (1).

Écoutons maintenant ses réflexions sur ces cas extraordinaires. J'ai voulu, continue-t-il, faire l'essai sur des cadavres de ces manières singulières d'extraire l'enfant, pour en voir plus clairement le mécanisme, et j'ai observé, que quand on continue de tirer fortement de l'une des manières dont j'ai parlé, l'une ou les deux épaules descendant dans le bassin, le tronc se courbe fortement, et s'abaisse ainsi jusqu'à ce que les fesses, que je suppose occuper la par-

(1) Sans doute, dans tous ces cas, qui ne peuvent et ne doivent pas faire loi, il falloit que le bassin fût bien spacieux et l'enfant bien petit et bien grêle.

tie postérieure de la matrice, aient passé l'éminence du sacrum. Comme le tronc du fœtus avoit souffert une très-grande courbure au passage des fesses sur cette éminence, il arrive que, lorsqu'elles ont pu la passer, elles se trouvent dans la cavité du sacrum, où elles ont plus d'espace : alors l'élasticité du tronc du fœtus réagit avec force et tend à redresser la partie postérieure de l'arc qui avoit lieu, et imprime aux fesses un mouvement rapide de haut en bas qui les porte à l'orifice inférieure, et détruit ainsi le double que formoit le fœtus.

La position dans laquelle le fœtus peut plus facilement se prêter à ce mouvement extraordinaire, est sans doute celle dans laquelle il se présente par la partie postérieure du corps, sa plus grande courbure se trouvant de cette manière en devant, comme le comporte sa structure particulière. C'est pourquoi, en opérant un accouchement de cette nature, lorsqu'il est indispensable de faire sortir l'autre bras, il faut le faire de manière à se procurer la facilité de tirer le fœtus par le dos, car s'il se présentoit par la poitrine, il faudroit que le corps se pliât à l'envers, et dans cette position, il seroit extrêmement difficile d'opérer l'extraction du fœtus ainsi replié : je n'ai même jamais pu y parvenir dans des essais sur le cadavre. De là j'ai soupçonné, que quand après avoir été obligé de tirer dehors les bras, lorsque je ne pouvois réussir à terminer l'accouchement, c'étoit parce

que je les avois fait sortir en devant ; ce qui m'obligeoit de recourir au crochet fixé sur la poitrine, avec lequel il m'a paru que la courbure et le développement successifs du fœtus s'opéroient un peu latéralement. Cette idée se trouve confirmée par un fait rapporté par Denmann dans le *Journal de Paris :* c'est pourquoi, lorsqu'on ne pourra pas tirer en arrière et en bas l'autre bras, il sera mieux de tirer sur un seul dans une direction droite. Mais l'avantage que l'on a en opérant sur les deux est de pouvoir exercer une action plus forte sur le tronc, et on aura, de plus, l'attention de tirer les bras vers le pubis, pour laisser en bas un plus grand espace capable de favoriser les mouvemens des parties inférieures du fœtus. Quand on ne peut obtenir ainsi le développement du fœtus, il reste encore la ressource du crochet, qui opère avec plus de facilité le repli du fœtus, parce que, placé un peu plus bas et sur le devant de la poitrine, il peut mieux obliger le corps de se courber en bas. Si on pouvoit appliquer la force au milieu du tronc, ou entre les fesses et les épaules, on parviendroit plus aisément à opérer le repli du fœtus. Peu nous cite des observations remarquables de cas de cette espèce, dans lesquels il a opéré l'extraction du fœtus par les fesses, en passant sur le ventre un lac au moyen duquel il tiroit (1).

(1) *La Pratique des accouchemens*, liv. 2, chap. 9.

Il résulte donc de ces observations et de ces essais, que lorsqu'un fœtus présente un bras, et qu'on ne peut le retourner comme il est d'usage, et comme l'art le conseille, il peut sortir plié par les fesses ou par le côté, mais vraisemblablement jamais dans le sens contraire; et une telle sortie peut s'opérer d'elle-même et sans secours étranger, comme le prouve l'observation rapportée par Denmann; ou bien on peut l'effectuer en tirant sur le bras même ou sur les deux bras en même-tems, ou sur la poitrine par le moyen du crochet, ou sur le ventre avec un lac à la manière de Peu, ou, enfin, avec la main seule. Enfin, il est des cas, où en tirant sur le bras, la tête vient et sort la première : Mr. Meyer en cite un exemple (1).

Quoique je paroisse m'être attaché à rapporter ces moyens extraordinaires, il n'en est pas moins vrai, et il faut le dire, que ce sont de ces ressources extrêmes et contre nature, auxquelles il ne faut jamais avoir recours que lorsqu'il est impossible de retourner le fœtus. De même que le chirurgien habitué à introduire la sonde, n'aura presque jamais besoin de recourir à la ponction de la vessie dans le cas de rétention d'urine; de même aussi, l'accoucheur habitué à retourner l'enfant, sera

---

(1) *Museum der Heilkunde herausgegeben von der Helvetischen Gesellschaft.* 2. band. n°. 19.

plus rarement obligé de recourir à d'autres moyens, sur-tout en suivant les préceptes renfermés dans cet ouvrage, et en prenant les précautions que l'auteur indique pour préparer le fœtus à être retourné. Et, pour dire toute entière ma façon de penser sur ces procedés extraordinaires, j'ajouterai que je ne pense pas qu'il soit aucun cas qui exige impérieusement leur emploi. En effet, quel que soit le tems depuis lequel le bras est engagé, quelle que soit la contraction de la matrice, la roideur de son orifice, son peu de dilatation, cet état de choses cédera toujours à la saignée, aux bains, aux lavemens, aux fomentations, aux injections émollientes, etc. : sur-tout l'on doit craindre d'irriter la matrice par des attouchemens réitérés, qui ne peuvent qu'en augmenter la contraction, accroître les difficultés, et s'opposer au seul et véritable moyen qui consiste dans l'introduction de la main pour aller chercher les pieds.

Dans le chapitre où Stein passe en revue les différens instrumens que l'on a successivement imaginés, et qui, pour le dire en passant, annoncent moins de génie dans la plupart de leurs auteurs, que l'ignorance des véritables principes de l'art d'accoucher et des ressources de la nature, on lira avec fruit les préceptes qu'il donne et les réflexions critiques qu'il fait à leur égard, et on verra avec plaisir combien peu il en faisoit usage. Quant à l'opération

césarienne, comme il paroît l'avoir pratiquée quelquefois avec succès (1), il se range parmi ceux qui la conseillent. Néanmoins, il est des hommes qui ont en horreur cette opération, et ne la croyent nécessaire dans aucun cas. C'est de ce dernier parti que se sont déclarés depuis peu deux hommes célèbres dans l'art des accouchemens, Sacombe à Paris et Boër à Vienne, en même-tems que deux hommes non moins célèbres, Osiander à Vienne et Baudelocque à Paris, ont défendu l'opinion contraire. Sans doute, lorsque de tels hommes diffèrent d'opinion sur une question d'une aussi grande importance, et sur laquelle l'expérience auroit déjà dû prononcer, ce ne peut être qu'avec beaucoup de réserve, et seulement sous forme de simple raisonnement, que le jeune homme qui entre dans la carrière, peut et doit émettre la sienne.

Quoique les deux auteurs, qui se sont déclarés contre l'opération césarienne, s'accordent à regarder cette opération comme essentiellement mortelle, néanmoins, ils diffèrent d'opinion sur son indication; car, tandis que le professeur Français s'efforce de prouver qu'elle ne peut jamais être indiquée, qu'il discute toutes les observations qui semblent déposer en sa faveur, prouve qu'elles sont fausses ou con-

(1) *Das progr. von der Kaisergeburt.* Cassel, 1776. *Des Gleichen das progr. von der Kaisergeburt.* Cassel, 1782.

trouvées ; tandis qu'il porte à tous les accoucheurs le défi de lui procurer, huit jours avant le terme de la gestation, une femme enceinte, quelque vicieusement configuré que soit son bassin, qu'il ne puisse accoucher sans autre instrument que sa main (1) ; le professeur Allemand pense qu'il est des cas où, pour terminer un accouchement, il est indispensable de faire le sacrifice de la vie de la mère ou de celle de l'enfant ; mais il rapporte des raisons d'un grand poids pour prouver que celle de l'enfant ne peut pas être mise en balance avec celle de la mère ; et, persuadé du peu de succès de l'opération césarienne, il paroît plus porté à opérer sur le fœtus. Ce n'est cependant pas qu'il prétende qu'il soit permis à l'accoucheur de porter un fer meurtrier sur la tête d'un fœtus vivant, et d'en être ainsi le bourreau pour soulager la mère ; mais il croit seulement avoir quelque droit sur la vie incertaine du fœtus dans le cas où le laps de tems écoulé, ou bien les tentatives faites pour l'extraire, mettroient sa vie en problème (2). Dans ce cas, l'espoir de conserver la vie à la mère et à l'enfant par l'opération césarienne, est certainement bien petit en comparaison de la grande probabilité de sauver la vie de la mère en sacrifiant celle de l'enfant.

---

(1) *Voyez* l'ouvrage de Saccombe, intitulé : *Plus d'Opération césarienne*, pag. 105, et autres du même auteur.

(2) *Abhandlungen und versuche geburtshilflichen inhalts*. Vien. 1791.

Si dans ce cas, il faut se déterminer à un sacrifice, pourquoi ne seroit-il pas fait aux dépens de la vie de l'enfant qui n'a pas l'horreur de la perdre ? Si à ces motifs, nous ajoutons ceux que le savant Directeur de l'École de Médecine de Paris, le professeur Thouret, apporte pour démontrer que l'enfant, pendant le travail de l'accouchement, est dans un état d'assoupissement, et par-là même peu sensible à la douleur physique (1), on nous accordera peut-être le droit d'en conclure, que l'on doit avoir moins de compassion pour lui que pour la mère, et on aura un motif de plus pour opérer de préférence sur lui, sur-tout dans les cas où la vie du fœtus est si incertaine que, comme dit un auteur Italien, en voulant sauver la vie de la mère et celle de l'enfant, nous sommes cause de la perte des deux; ou, comme il dit encore ailleurs, en voulant sauver un mort par l'opération césarienne, on en envoie deux au tombeau. Je puis assurer, dit le professeur Monteggia, n'avoir jamais vu réussir l'opération césarienne; au contraire, jai vu sauver des mères, et j'en ai sauvé moi-même en sacrifiant l'enfant dans des circonstances impérieuses (2).

En général, c'est dans la persuasion qu'ils avoient de la mort de l'enfant, que la plupart des auteurs ont conseillé d'employer les cro-

(1) *Mémoires de la Société royale de médecine de Paris.*

(2) *Alcune, osserv. prelim.*

chets, le perce-crâne, et autres moyens violens qui agissent sur l'enfant, dans les cas où ils croyoient impossible de terminer différemment un accouchement. Qu'on me permette, à cet égard, de placer ici une réflexion à laquelle il me semble qu'on ne s'est point encore assez arrêté. Si quelquefois il est si difficile à l'homme de l'art d'acquérir la certitude de l'état de vie ou de mort d'un être, et sur-tout d'un enfant après sa naissance, quoique ce dernier soit tout entier exposé à sa vue, qu'il puisse le toucher et le soumettre à l'action de tous les moyens qu'on emploie en pareil cas; lui sera-t-il bien facile de reconnoître l'état de l'enfant encore renfermé dans le sein de sa mère, et lorsqu'il a peine à toucher seulement quelques points de sa surface? Mais les auteurs rapportent les signes auxquels on peut reconnoître l'état de vie ou de mort de l'enfant. Je le sais; et voici ceux qui, selon les plus modernes, indiquent que l'enfant ne jouit plus de la vie, et autorisent l'accoucheur à employer sur lui toute espèce de moyens. La fétidité des eaux de l'amnios, la non existence des pulsations dans le cordon ombilical et aux fontanelles, l'état de vacillation des os du crâne, la laxité de la peau qui les recouvre (1). Or, je demande si, abstraction faite de la difficulté de reconnoître ces différens si-

(1) Voyez l'*Art des accouch.* par Baudelocque, et l'*Encyclopédie méthodique*, article *Accouchement.*

gnes, on peut les regarder comme suffisans pour prononcer que l'enfant ne jouit plus de la vie, et agir en conséquence (1)? Je me rappelle avoir accouché, il y a dix-huit mois, une femme, dont les eaux exhalèrent à leur issue une odeur tellement infecte, qu'aucun des assitans ne put rester dans la chambre; néanmoins, l'enfant vint au monde vivant, et il existe encore. Mauriceau rapporte, qu'étant appelé pour accoucher une femme qui depuis plusieurs jours étoit en travail, il trouva l'enfant qui présentoit un bras engagé et sorti hors de la vulve : ce bras étoit tellement gangrené, dit Mauriceau, qu'il ne douta nullement que l'enfant ne fût mort; aussi accoucha-t-il la mère sans ménagement pour l'enfant qu'il jeta dans la ruelle du lit. Peu de tems après, il ne fut pas peu surpris en l'entendant crier; aussitôt il s'empressa de lui donner des soins (2). Balme dit avoir assisté à un accouchement dans lequel l'accoucheur sacrifia, (peut-être sans une assurance suffisante du danger extrême de la mère,) l'enfant qui étoit enclavé depuis environ vingt-quatre heures : la tête vidée, et l'accouchement fait, l'infortunée victime poussa à deux reprises des cris perçans, qui pénétrèrent d'horreur tous les assistans (3).

D'après ces faits bien avérés, et auxquels il

(1) *Voyez* Mauriceau, *observ.* 198.

(2) *Observ. sur les accouchemens.*

(3) *Mémoires de la Société de santé de Lyon*, tom. 2.

ne serait pas difficile d'en joindre un grand nombre de semblables, seroit-il déplacé de dire qu'il n'est aucun cas où l'on puisse prononcer d'une manière certaine que l'enfant, encore renfermé dans le sein de la mère, est mort, surtout si l'on fait attention que souvent l'enfant est réellement mort depuis plus ou moins longtems, quoique la plupart des signes indiqués plus haut n'aient pas lieu, comme on en trouve nombre d'exemples dans Mauriceau et autres auteurs? Et s'il est presque impossible d'acquérir cette certitude, ne s'ensuit-il pas le précepte qui proscrit l'usage des moyens qui tuent nécessairement l'enfant, lorsqu'il n'y a pas impossibilité absolue de terminer l'accouchement par des procédés moins cruels?

Avant de quitter ce qui a rapport aux accouchemens, je placerai ici une réflexion que j'ai souvent faite, sur les causes et le terme de cette opération de la nature, question qui a beaucoup et long-tems occupé les esprits, et sur laquelle ils n'ont pas toujours été d'accord. En effet, les uns ont pensé que l'enfant excité par le manque de nourriture, le besoin de respirer, le poids incommode du mœconium sur le canal intestinal, etc. sollicitoit lui-même sa sortie, et s'efforçoit de franchir les obstacles qui s'y opposoient. Les autres, au contraire, ont cru que la matrice n'étoit invitée à se contracter que par l'acrimonie des eaux de l'amnios, ou la distension violente qu'elle éprouve à la fin

de la grossesse; mais à ces opinions déjà victorieusement réfutées, les modernes en ont substitué une, d'après laquelle ils font dépendre l'accouchement de la structure même de la matrice. Cette structure est telle, disent-ils, que le col résiste pendant les six ou sept premiers mois de la grossesse, pendant que les fibres du fond et du corps obéissent aux agens qui les distendent, et se développent: mais il n'en est pas ainsi vers la fin; les fibres du col devenues plus souples fournissent seules, pour ainsi dire, à l'expansion nécessaire; de sorte qu'en moins de deux mois cette partie s'efface entièrement, et s'affaiblit au point qu'elle ne peut soutenir plus long-tems l'effort des autres (1)

Je pense que l'on s'est à tort donné beaucoup de peine pour découvrir les causes de l'accouchement; il me paroît qu'il étoit plus simple et plus naturel de les trouver dans une loi imposée par la nature, qui a fixé un terme à la gestation, loi qui est également commune aux animaux et aux végétaux, et qui n'admet que très-peu d'exceptions. La même loi qui fait que les femmes accouchent au terme de neuf mois, fait aussi mûrir les cerises quarante jours après leur floraison, les pommes environ quatre mois, et les châtaignes cinq mois. Ces fruits tombent quand ils sont mûrs, comme l'accouchement se fait quand l'enfant est mûr; la cause est la

(1) Voyez Levret, Baudelocque et Stein.

même,

même, c'est la maturité. Dans toutes les parties de l'histoire naturelle (et l'accouchement en est une), loin de se livrer à des explications souvent fausses et toujours insuffisantes, on doit suivre une marche naturelle et se borner à l'histoire rigoureuse des faits observés. C'est en voulant tout expliquer qu'on a encombré la médecine de vaines théories, d'hypothèses ridicules, et qu'on s'est de plus en plus écarté de la route de l'observation et de l'expérience.

Désirant de ne pas laisser, autant que possible, la traduction que je publie en arrière des connaissances actuelles sur l'art des accouchemens, je crois devoir placer ici l'analyse d'une opinion nouvellement émise par un médecin Allemand nommé Schreger, sur les fonctions du placenta, opinion qui se rattache aux découvertes que nous devons aux anatomistes modernes sur les vaisseaux lymphatiques, et qui change les idées que l'on a eues jusqu'à présent sur les usages de cet organe (1). Ne trouvant pas les explications que donnent les auteurs sur les moyens que la nature emploie pour la nutrition du fœtus dans la matrice d'accord avec nos connoissances actuelles sur le système des vaisseaux absorbans et sur les phénomènes chimiques de la nutrition et de l'hématose, l'auteur pense que toute communication d'humeur nourricière de la mère à l'enfant, et de l'enfant

(1) *De functione placentæ uterinæ.*

à la mère, se fait par le moyen des vaisseaux absorbans, et nullement par celui des vaisseaux sanguins. Selon lui, les vaisseaux de l'uterus ne versent dans le tissu spongieux du placenta que de la sérosité; le sang qui coule dans les vaisseaux de la mère est beaucoup trop chargé de carbone et d'autres principes hétérogènes, pour pouvoir servir à la nourriture d'un être aussi délicat que le fœtus, sur-tout dans les premiers momens de sa formation; mais il s'en exhale la partie séreuse qui est plus pure, plus oxigénée, en traversant le placenta qui fait en quelque sorte les fonctions de poumon, dans lequel le sang se revivifie et acquiert les qualités nécessaires à la nutrition du fœtus.

Cette doctrine n'est pas la partie la plus importante de l'ouvrage; il contient une théorie nouvelle, qui renverse les opinions reçues sur les usages de la veine ombilicale. Selon l'auteur, le fluide séreux, versé par les artères utérines dans le tissu spongieux du placenta, est absorbé par les lymphatiques qui le portent le long des vaisseaux ombilicaux jusqu'au canal thorachique, d'où il passe dans la sous-clavière gauche pour de là être versé dans la veine-cave supérieure, dans l'oreillette droite et le ventricule du même côté, qui le fait passer par le canal artériel dans l'aorte. De cette artère, il passe, mêlé au sang et hématosé par l'action des organes qu'il a parcourus, dans les veines ombilicales qui le rapportent au placenta. Là, ce sang n'est point

versé dans les cellules pour être reporté à la mère, mais il passe dans la veine ombilicale dont les radicules se continuent avec les dernières ramifications des artères du même nom. Néanmoins les pores latéraux de celle-ci laissent échapper des sucs que le fœtus ne peut élaborer, ou qui ont besoin, pour servir à son entretien, d'être de nouveau soumis à l'action des organes.

D'après cette théorie, le placenta doit être regardé comme appartenant à l'enfant; il y puise les sucs qui doivent le nourrir; il y verse ceux qu'il n'a pu s'assimiler. Le placenta remplit, en grande partie, à son égard, les fonctions du poumon et de l'organe cutané, ce qui l'avoit déjà fait appeler par Stein, qui paroît avoir donné à Schreger les premières idées de son système, *Poumon physiologique du fœtus.* Ce ne sont point les veines de la matrice qui absorbent le résidu qui transude par les pores inorganiques des artères ombilicales, mais bien les vaisseaux lymphatiques de ce viscère, si apparent dans l'état de grossesse, injecté par Cruiskank, Ludvig, Meckel. Ici, comme ailleurs, selon Schreger, l'absorption ne se fait, soit du côté de l'enfant, soit du côté de la mère, que par les vaisseaux lymphatiques.

Les qualités vraiment artérielles dont jouit le sang de la veine ombilicale, ne forment point une objection contre la théorie de l'auteur Allemand. Les artères ombilicales déposent dans

le placenta des principes hétérogènes dont le sang s'est chargé en circulant dans le corps du fœtus.

Telle est l'ingénieuse théorie de Schreger sur la manière dont le fœtus se nourrit dans le sein maternel. L'auteur prétend la prouver par une suite d'expériences, dont la plupart se rapportent à l'existence de la faculté absorbante dans les vaisseaux lymphatiques, et à la non-existence de cette faculté dans les vaisseaux d'un autre genre : il s'appuie aussi de l'inutilité des recherches anatomiques pour établir la communication directe des sinus de la matrice avec les aires parenchimateuses du placenta.

L'auteur ne dissimule point que son opinion a besoin d'être confirmée par des expériences plus directes et plus nombreuses que celles qu'il a faites jusqu'ici. Elle ne sera en effet une vérité démontrée, dit le docteur Alibert (1), que lorsque l'injection aura fait voir clairement qu'il existe dans le placenta et le cordon ombilical des vaisseaux lymphatiques qui, entrés dans l'abdomen de l'enfant, aillent se rendre au réservoir commun des sucs chileux et lymphatiques : aussi l'auteur ne la propose-t-il qu'avec le sentiment du doute, et dans l'inten-

(1) *Consider. anat. et phisiolog. pour servir à l'Histoire de l'Uterus dans l'état de grossesse*, mise en tête de la traduction du *Traité des Pertes de sang*, par Pasta.

tion d'exciter sur cet objet la curiosité des physiologistes.

Après ces observations sur les accouchemens laborieux, l'incertitude des signes de la mort de l'enfant encore renfermé dans le sein de la mère, et les fonctions du placenta, il ne me reste plus qu'à ajouter quelques réflexions qui ont rapport au traitement de la grossesse, de l'accouchement, et des enfans venus avant le terme.

C'est une chose assez ordinaire que les opinions humaines flottent sans cesse d'un extrême à l'autre, et aient en quelque sorte en horreur le milieu, quoique là se rencontre ordinairement la vérité. C'est ainsi, par exemple, que le peuple médecin et non médecin abuse étrangement des saignées dans la grossesse et l'accouchement, tandis que d'autres, voulant réformer de tels abus, cherchent à les proscrire entièrement.

Un des motifs les plus fréquens pour lesquels on tire du sang dans la grossesse, est pour prévenir l'avortement, principalement chez les femmes habituées à se faire saigner, ou chez celles qui sont menacées d'une perte prochaine. Plusieurs praticiens se sont déjà élevés contre cette méthode. Brown sur-tout, croyant avoir de fort bonnes raisons de considérer l'avortement comme un effet de la foiblesse, recommande la méthode opposée, c'est-à-dire, l'usage des fortifians. Mon intention n'est pas de com-

battre ici cette opinion, que je crois vraie en beaucoup de points; néanmoins j'ai quelques faits à rapporter qui y font exception.

La foiblesse du col et de l'orifice de la matrice, faisant que ces parties résistent moins qu'elles ne doivent à la dilatation et au poids du corps, pouvant à la première cause s'ouvrir et laisser sortir le fœtus, donne certainement une éthiologie claire et plausible de l'avortement. Mais est-il bien vrai, et l'expérience prouve-t-elle que la cause de l'avortement se trouve ordinairement au col et à l'orifice de la matrice, et non pas à son fond? Cette dernière supposition du moins ne peut avoir lieu que beaucoup plus rarement, et seulement lorsque la cause de l'avortement agit sur le fond de la matrice, opère la séparation du placenta au moyen du sang qui s'épanche entre lui et la surface interne de la matrice; ce qui fait que l'avortement a coutume d'être précédé d'une perte de sang, événement qui n'a pas lieu dans l'accouchement à terme. Dans ce cas, lorsque le désordre n'est pas trop avancé, ne pourroit-on pas prévenir ou arrêter, par le moyen d'une saignée, cette trop grande effusion de sang qui détache le placenta, et détermine l'avortement? On a vu des femmes menacées d'avortement par des commencemens de perte, s'en garantir par le moyen de la saignée. J'en ai connu qui, ayant déjà eu plusieurs fausses-couches, parvinrent à s'en préserver

par le moyen de petites saignées faites chaque mois dans les premiers temps de la grossesse. J'ai lu quelque part qu'une femme qui avoit eu un faux germe deux ou trois fois de suite, parvint au terme ordinaire de la grossesse en employant de petites saignées répétées; et c'est ce qui prouve encore l'analogie qui existe entre les causes de l'avortement et celles du faux germe, et vient à l'appui de la doctrine de Stein sur ce point.

Je pense qu'il n'est pas toujours besoin qu'il existe des signes évidens de pléthore, ou que la femme jouisse d'un tempérament très-fort pour recourir à la saignée, ni qu'il faille s'en abstenir dans la supposition contraire. Je regarde l'état de grossesse et le passage plus grand du sang vers la matrice comme un état particulier qu'il est, jusqu'à un certain point, permis de considérer et de traiter même en faisant abstraction de la constitution individuelle. Je pense que l'on peut et que l'on doit quelquefois traiter une affection locale sans s'embarrasser de la constitution et du tempérament du malade. En effet, ne voit-on pas tous les jours des femmes qui paroissent jouir d'une très-foible constitution, chez lesquelles il se porte beaucoup de sang au système utérin, et qui ont des règles très-abondantes. J'en connois qui, quoique languissantes et mangeant habituellement peu, font des enfans gros et bien portans, et étonnent par la quantité de lait qu'elles ont:

d'autres qui, quoique grandes, robustes, éminemment sanguines et mangeant beaucoup, mettent au monde des enfans grêles, et qu'elles ne peuvent pas nourrir. Je regarde ce phénomène comme une conséquence des lois particulières de la circulation du sang dans la matrice, lois en vertu desquelles il ne se porte pas toujours dans cet organe, en raison de la quantité dans laquelle il est dans le corps.

Brown qui regarde la saignée comme une cause de foiblesse, la proscrit chez les femmes enceintes. En effet, si l'on fait attention à l'abus qu'on en faisoit autrefois, et que l'on fait encore généralement dans les campagnes dans les cas de grossesse, on ne pourroit, je pense, s'empêcher de convenir qu'il vaudroit mieux ne la pratiquer jamais que de la prodiguer comme on le fait. Un des premiers préceptes de médecine, est qu'il vaut mieux ne rien faire, lorsque l'indication n'est pas évidente, que de risquer de mal faire. Mais en me restreignant seulement aux cas qui sont du ressort de la chirurgie, ce que je trouve mal, c'est de prohiber la saignée après les accouchemens laborieux, lorsque les parties de la femme ont beaucoup souffert, et qu'elles sont menacées d'inflammation. Dans ces cas, la matrice et toutes les parties adjacentes, doivent être considérées comme ayant souffert une très-violente contusion (1),

(1) *Puerperæ tanquam vulneratæ merito considerantur, quibus ex levissimis causis febres inflammatoriæ accedere possunt.* Jun.

qui réclame essentiellement l'emploi de la saignée. Et qu'on n'aille pas me dire que les lochies y pourvoiront suffisamment; l'observation prouve que dans ces cas, elles sont toujours très-peu abondantes (1). Dans la doctrine de Brown, dont je fais d'ailleurs beaucoup de cas, et dont les médecins Français négligent peut-être trop l'étude et l'application, on ne regarde pas la douleur physique et les fortes lésions comme des stimulans suffisans pour procurer un état sténique ou inflammatoire; mais outre qu'il y auroit beaucoup de choses à dire à cet égard, je m'en rapporterois plutôt au sentiment du docteur Cattanio, qui pense que le cas dont il s'agit, fait exception à la théorie du médecin Écossais (2). En effet, quand après un accouchement laborieux, je vois une femme avec une grande fièvre, de la difficulté de respirer, des lochies peu abondantes, qui ressent une douleur et une tension au bas-ventre, et qui éprouve un soulagement et un mieux être après la saignée, qui osera dire alors qu'elle n'étoit pas indiquée? Je l'ai cependant vu, dit Monteggia, qui rapporte deux observations remarquables par leur ressemblance, et dont le résultat fut différent, parce que le traitement l'avoit été. En voici la traduction.

---

(1) Mauriceau, *dernières observ. sur la grossesse et les accouchemens*. Observ. 39.

(2) *Riflessioni sopra alcuni punti della dottrina di* Brown.

Il s'agit de deux femmes, petites de stature, et dont le bassin étoit étroit, mais pas à un très-grand degré ; l'une d'elles avoit déjà eu un accouchement laborieux, dans lequel on fut obligé de retourner l'enfant qui se présentoit dans une mauvaise position. La tête n'ayant pu passer, on fut obligé de la perforer et de l'extraire à l'aide d'un crochet. On fit ensuite quelques petites saignées à la femme ; et après une maladie longue et grave, elle guérit parfaitement. Devenue enceinte une seconde fois, et parvenue au terme de l'accouchement, une main près de laquelle étoit la face, se présentoit à l'ouverture : on retourna l'enfant, et quand on fut arrivé à la tête, on éprouva la même difficulté que la fois précédente, difficulté que le forceps ne put vaincre. On eut recours au crochet qui, après avoir laissé échapper deux fois la tête, l'amena enfin la troisième, en laissant une dépression et une fracture à l'une des convexités pariétales. Cette fois, la femme étoit si abattue et avoit le pouls si foible, qu'il ne parut pas nécessaire de la saigner, d'autant plus que les lochies couloient en assez grande quantité. Le ventre se tuméfia, des douleurs se firent sentir vers la région iliaque gauche, la fièvre survint, mais le pouls étoit foible et petit; la constipation, qui avoit duré les huit premiers jours, fut suivie de la diarrhée, qui diminua la tuméfaction du ventre : enfin, on vit sortir une grande quantité de matières purulentes qui augmentoit encore

lorsque la femme se couchoit sur le côté gauche. La fièvre continua, devint lente; la diarrhée fit des progrès, augmenta la maigreur, et la femme mourut enfin au bout d'un mois. A l'ouverture du cadavre, on trouva un vaste foyer de suppuration dans les ligamens larges de la matrice, lequel se prolongeoit dans les deux fosses iliaques, s'étendant à droite jusqu'à la partie concave du foie et aux environs du rein, qui nageoit pour ainsi dire dans le pus, qui se vidoit par une ouverture qu'il s'étoit faite à la partie supérieure et droite du vagin.

L'autre cas dans lequel la tête de l'enfant étoit arrêtée au détroit supérieur fut plus heureux. Le chirurgien essaya d'appliquer le forceps, mais il ne put en introduire qu'une branche. Comme les symptômes n'étoient pas pressans, on laissa reposer la femme pendant quelques heures, après lesquelles on parvint à appliquer le forceps, qui lâcha prise aussitôt que le chirurgien voulut tirer. Appelé sur ces entrefaites, j'essayai le même procédé, qui fut suivi du même résultat. Soupçonnant alors que je n'avois pas saisi la tête assez haut, j'appliquai mieux mon instrument une seconde fois; et lorsque je sentis que je tenois bien la tête, j'en fis l'extraction assez facilement. Il se fit une déchirure au périné, qui heureusement ne s'étendoit pas jusqu'à l'anus, quoiqu'elle en approchât beaucoup. Examinant ensuite la tête du fœtus, je trouvai les deux bosses pariétales

écrasées, et une fracture aux os. Cette femme, après l'accouchement, éprouva des symptômes semblables à ceux qu'avoit éprouvé la précédente, mais un peu moins violens. Elle fut saignée une fois pendant le travail, et deux fois après l'accouchement. Le sang étoit couenneux : elle fut malade long-tems ; elle éprouvoit une douleur continuelle dans la région iliaque droite qui se prolongeoit jusqu'à la cuisse. La fièvre forte les premiers jours, se termina en une fièvre lente, accompagnée de diarrhée et de consomption, ce qui joint à la douleur fixe, me faisoit craindre quelque suppuration interne, comme dans le cas précédent. Peu-à-peu les symptômes diminuèrent ; et après quelques mois de maladie, la femme se rétablit parfaitement. Cet événement me persuada que le traitement antiphlogistique avoit prévenu l'inflammation interne qui avoit coûté la vie à la première femme.

Je ne puis terminer ces préliminaires sans placer ici une réflexion que l'on pourra regarder comme singulière, mais qui n'en mérite pas moins plus d'attention qu'on ne lui en a donné jusqu'à présent. Depuis Hyppocrate, qui pensoit qu'un fœtus de sept mois étoit plus susceptible de vivre qu'un de huit, les auteurs ont beaucoup varié sur l'époque à laquelle ils ont prétendu que le fœtus jouissoit de la viabilité. Fondés sur des observations nombreuses, à la vérité, mais peut-être pas assez méditées et comparées, les

uns, et c'est le plus grand nombre, ont pensé que le terme de sept mois au moins, étoit nécessaire au fœtus pour qu'il pût conserver la vie. D'autres, au contraire, ont avancé que le fœtus jouissoit de la viabilité au terme de six mois, et même de cinq; et parmi les observations sur lesquelles ils ont fondé leur opinion, ils se sont particulièrement appuyés de l'histoire de l'Italien Fortunio Vicetti, dont les parens voyageant en Italie en 1552, essuyèrent une tempête qui détermina l'accouchement prématuré de la mère, dont le fruit avoit à peine la grosseur du poing, et qui n'avoit qu'environ cinq mois. Autant excité par le désir de perfectionner son art, que par un sentiment paternel, le père Vicetti fit voir son fils à des médecins, qui pensèrent qu'il pouvoit être conservé à la vie, et qu'il avoit les qualités nécessaires à la viabilité. Fort de cette opinion, il enveloppa son fils de coton, et le fit mettre dans un four qu'il fit chauffer à une température à-peu-près égale à celle du corps humain. Le jeune Fortunio passa quelque tems dans cet état; ses organes s'amplièrent, se développèrent; on reconnut qu'il jouissoit véritablement de la vie, et qu'il étoit possible de la lui conserver, ce qui fut fait, puisqu'il vécut jusqu'à l'âge de quatre-vingt-dix ans, et qu'il fut un des auteurs les plus célèbres de son siècle.

Quoiqu'on ne puisse citer qu'un petit nombre d'observations en faveur de cette opinion, il n'en est pas moins vrai que ce petit nombre

même doit suffire pour nous engager à faire des essais et des expériences, à solliciter la vie, et à la donner, en quelque sorte, à des êtres qui en sont si susceptibles, et qui probablement ne manquent que d'une atmosphère et d'une nourriture adaptées à la délicatesse de leurs organes, et capables en même tems de les développer. Je suis très-porté à croire que le passage rapide d'un enfant nouvellement créé à une atmosphère différente de celle qu'il habitoit, et l'effet subit de l'air sur ses poumons, sont la cause de la mort d'un très-grand nombre; je pense que l'on pourroit conserver à la vie des enfans venus au monde même long-tems avant terme, en les privant du contact de l'air, de la lumière, pendant un assez long tems, et en les y habituant ensuite insensiblement. La médecine qui ne s'est guère occupée que des moyens de conserver et de prolonger la vie, ne s'est point encore appliquée à l'art de l'accélérer : c'est une lacune qu'elle doit chercher à remplir, un champ fécond qui lui reste à défricher, et dont la culture ne peut manquer de donner d'heureux résultats. L'analogie qui existe entre les animaux et les végétaux, les savantes expériences de Réaumur, de Fontana, de l'auteur de l'*Homme rival de la nature*, doivent agrandir nos vues, nous faire concevoir des espérances, et nous engager à faire des essais.

Jusqu'à présent on a pensé et l'on pense encore que la faculté de respirer est une condition

essentielle à la viabilité, et cela paroît vrai dans l'état actuel de nos connoissances. Mais en admettant encore cette condition, ne seroit-il pas un moyen de conserver au fœtus le degré de vie dont il jouit, à quelque époque de la gestation qu'ait lieu l'accouchement, et de le conduire au terme où il soit en état de recevoir l'air dans ses poumons, et de vivre enfin d'une vie réelle? Si nous avons su trouver les moyens d'accélérer la maturité des fruits, de faire mûrir même ceux qui sont tombés ou que l'on a cueillis avant leur maturité, dédaignerions-nous de chercher à conduire à maturité un enfant mis au jour avant le terme ordinaire de la gestation? La nature est partout la même : nous n'avons besoin que d'apprendre à la connoître, et lorsque nous nous y serons appliqués avec soin, nous verrons avec étonnement combien l'art peut lui aider, et nous obtiendrons des résultats que la sagacité humaine n'avoit point encore prévus. La facilité de faire des expériences sur cette matière, l'importance de cet objet, la gloire que promettent les succès, sont de puissans excitans pour des hommes qui, par goût autant que par état, ont contracté l'obligation d'être utiles à leurs semblables.

Un des résultats de l'invention de l'art de conduire à maturité les enfans venus au monde avant le terme de la grossesse, seroit de proscrire l'opération césarienne, celle de la symphise, l'usage des crochets, des perce-cranes, et

autres instrumens meurtriers, puisque cette découverte autoriseroit à provoquer, à opérer même l'accouchement avant terme chez les femmes chez lesquelles une difformité reconnue mettroit obstacle à l'accouchement naturel et à terme.

On trouvera à la fin de cette Traduction, une Dissertation du docteur Gasc, sur *la maladie des femmes à la suite des couches, connue sous le nom de Fièvre puerpérale*. Le mérite de ce nouvel ouvrage en avoit fait épuiser très-promptement la première édition; et c'est pour satisfaire aux demandes du public, que l'auteur s'est décidé à en donner une seconde. La manière neuve et originale avec laquelle il a traité ce sujet important, et qui trouve si bien sa place à la suite d'un Traité d'accouchemens, me fait penser que le lecteur ne me saura pas mauvais gré d'une addition qui lui offre l'avantage d'avoir réuni, dans un même ouvrage, ce qui m'a paru le mieux écrit sur deux sujets qui ont tant de rapport. Je me permettrai quelques réflexions sur l'objet de la Dissertation de mon estimable Collègue.

Le professeur Monteggia distingue trois espèces de Fièvres puerpérales : la première arrive peu avant l'accouchement ou immédiatement après, lorsque le travail a été plus long et plus pénible qu'il n'a coutume de l'être : cette espèce se termine ordinairement le premier jour par

les

les sueurs; quelquefois cependant elle dégénère en piréxie aiguë ou en fièvre inflammatoire. Il appelle cette fièvre *febris a partùs labore*. La seconde espèce, est celle qu'on a coutume de désigner sous le nom de *fièvre de lait;* et il range dans la troisième la maladie que nous appelons communément *fièvre puerpérale*. Voici quelle est son opinion sur la fièvre de lait, la seule dont il s'est occupé.

Il pense que cette maladie reconnoît une seule cause, qui est le gonflement des mamelles, et voici les raisons sur lesquelles il motive cette opinion qui lui appartient en propre. 1°. Le tems pendant lequel se déclare la fièvre de lait, et celui pendant lequel se gonflent les mamelles coïncident. 2°. Les femmes qui alaitent, lorsqu'elles cessent tout-à-coup de le faire, ont les mamelles trop remplies de lait et éprouvent la même fièvre. 3°. Les nourrices ont également cette fièvre pendant un certain tems, lorsque le lait s'arrête accidentellement dans leurs seins, quoiqu'il ne le fasse qu'en partie. 4°. Elle a le caractère d'une fièvre éphémère, peut-être parce qu'elle est plus douloureuse et qu'elle a plus de tendance à devenir inflammatoire. 5°. Les femmes qui alaitent leurs enfans, prétendent souvent qu'elles ne sont pas sujettes à cette fièvre, probablement parce qu'en offrant de tems en tems le sein à leur enfant, elles en préviennent ainsi l'excessif gonflement. 6°. On voit

quelquefois survenir d'un jour à l'autre une fièvre à-peu-près semblable, à l'occasion de quelques cavités sinueuses, lorsque l'orifice s'obstrue, et que le sein se remplit d'une humeur qui y séjourne, et le force à une distension plus qu'ordinaire. D'après ces raisons auxquelles on pourroit encore en ajouter d'autres, l'auteur que je viens de citer regarde cette fièvre, qu'il appelle *Febris à mammarum distensione,* plutôt comme l'effet du reflux dans l'économie animale du lait contenu dans le sein, qu'un mouvement de la nature nécessaire pour opérer la révolution du lait, et changer, comme on l'a dit, la direction de cette humeur, qui auparavant se portoit vers la matrice; et en suivant cette idée, il pense, que le meilleur moyen de la prévenir, seroit de s'opposer au trop grand gonflement des mamelles, en donnant à téter dès les premiers momens, jusqu'à ce que le lait se porte au sein en moins grande abondance, ou en l'empêchant pour un tems de s'y porter, au moyen de quelques-uns des instrumens dont on se sert en pareil cas, tels que les téteuses, la trompe de Stein, le chalumeau, etc. Van-Svieten, qui paroît n'avoir pas été éloigné de cette opinion, conseilloit aux femmes, pour prévenir la fièvre de lait, de présenter le sein à l'enfant environ douze heures après l'accouchement, méthode certainement bien supérieure, bien préférable, sans doute, à celle que suivent presque toutes

les sages-femmes, qui veulent qu'on ne présente le sein qu'après les vingt-quatre premières heures. « À cette époque, dit le professeur Vigarous, le sein étant plus gonflé et plus distendu, indépendamment qu'il donne beaucoup de peine à l'enfant, qui ne peut en saisir le bout, il est encore extrêmement douloureux pour la mère. Je ne vois pas, continue le même auteur, qui n'est pas en tout d'accord avec Van-Svieten, pourquoi cet habile médecin veut qu'on attende douze heures avant de donner le sein : si nous consultons la nature là où la main des hommes ne l'a point défigurée, nous voyons les jeunes animaux prendre le sein aussitôt après leur naissance; les enfans eux-mêmes cherchent aussi à téter peu d'instans après qu'ils sont nés; mais on ne les écoute pas, on s'imagine n'avoir pas de lait dans ces premiers momens, parce qu'il n'y en a pas encore une assez grande quantité dans le sein pour le gonfler. On attend qu'il s'y soit amasse au point de tendre la peau, de détruire l'élasticité et la flexibilité du bout, de manière à ne pouvoir être saisi et sucé convenablement par l'enfant. On attend que le lait se soit amoncelé et grumelé dans le sein, et qu'il y ait causé, par son long séjour, de l'inflammation. Il résulte de cette pratique pernicieuse qu'un enfant ayant de la peine à prendre le bout, fait souffrir à sa mère des douleurs vives, et cette circonstance suffit pour dégoûter les nourrices

et les empêcher de présenter souvent le sein à leur nourrisson. »

« La pratique contraire qui consiste à présenter le sein de la mère à l'enfant peu d'instans après sa naissance, offre des avantages précieux pour l'un et pour l'autre. Presque aussitôt que les enfans sont nés, avant de s'endormir, et toutes les fois qu'ils se réveillent, ils cherchent à téter : on doit profiter de cette indication naturelle pour leur donner le sein, fût-ce même pendant la nuit, plutôt dans la vue de les purger que de les nourrir ; les substances qu'on peut leur donner à la place ne peuvent pas remplacer le lait maternel. Lorsqu'on manque le premier moment où les enfans cherchent à téter, on est ordinairement plusieurs heures sans pouvoir leur faire prendre le sein, ils ont commencé leur premier somme, qui dure quelquefois assez long-tems. Au contraire, lorsqu'ils ont tété dans la première ou la seconde heure après leur naissance, ils cherchent souvent à recommencer. Ces premiers momens passés, les mamelles s'emplissent de lait insensiblement ; et plus on tarde à les donner, plus les femmes sont exposées à souffrir. »

» Les femmes qui ont beaucoup de lait ont le sein déjà gonflé et tendu, douze ou quatorze heures après l'accouchement : les bouts sortent alors plus difficilement, et l'enfant a de la peine à les prendre ; ce n'est qu'avec effort qu'il par-

vient à les sucer, et cet effort occasionne de vives douleurs à la mère, parce qu'elle a la peau extrêmement distendue, et qu'elle est même enflammée et irritée par la fièvre de lait qui a précédé. On n'auroit eu cette fièvre que d'une manière imperceptible, et même on ne l'auroit point eu du tout, si, sans attendre aussi long-tems, on eût donné à téter dans les premières heures après l'accouchement. Ainsi ce moyen simple et naturel, qui consiste à présenter l'enfant au sein peu de tems après l'accouchement, offrant des avantages inappréciables pour la mère et pour l'enfant, il mérite la préférence sur celui que conseille Van-Svieten, quoiqu'il soit lui-même au-dessus de la pratique ordinaire des sages-femmes qui ont la confiance du sexe, qui ne font téter le nouveau-né que vingt-quatre heures après l'accouchement (1). »

Un autre avantage non moins essentiel qui doit résulter de cette pratique, et le plus capable peut-être de décider les femmes à l'adopter, est celui de conserver aux seins cette fraîcheur et cette fermeté qui en font la beauté. Si nous voyons la plupart des femmes, après un premier alaitement, perdre la beauté et la fraîcheur des seins, et les avoir pour toujours flétris, ridés et pendans, cela ne peut dépendre que de ce qu'elles les ont laissé trop se remplir la première

(1) *Cours élémentaire des maladies des femmes*, tom. 2.

fois que le lait s'y est porté. En effet, on remarque que les premiers jours qui suivent l'accouchement, les seins acquièrent un volume considérable, une dureté et une incompressibilité telles qu'on les prendroit pour les seins d'une statue de marbre ; et lorsque les humeurs ainsi accumulées se dissipent, et que l'absorption s'en fait, il paroît qu'elles entraînent avec elles une partie de la propre substance du sein, de la même manière que l'atrophie des testicules succède souvent à leur gonflement excessif.

D'après cela on voit que même en n'admettant pas l'éthiologie du professeur Milanois sur la fièvre de lait, le conseil qu'il donne de prévenir le trop grand gonflement des seins, n'en n'est pas moins important. A ce conseil on oppose un préjugé très-accrédité chez toutes les femmes, préjugé d'après lequel elles pensent qu'il ne convient pas de donner issue au lait par aucun moyen qui l'attire, dans la persuasion où elles sont que ce moyen même l'attire encore davantage, et en rend par la suite la dissipation plus difficile. Mais si l'expérience leur démontre que ce soulagement des mamelles tend à conserver un des plus beaux ornemens de leur sexe, on peut croire qu'elles ne se feront pas prier pour adopter la pratique qu'on leur conseille ici.

Outre l'enfantement, la grossesse même commence déjà à diminuer la beauté et l'élégance du sein, ce qui paroît dépendre de l'affluence d'hu-

meurs qu'y occasionne l'état de la matrice et la suppression des menstrues : dans ce cas, les mamelles commencent à se gonfler, et de ce gonflement résultent, lorsqu'il est dissipé, des rides semblables à celles qui arrivent au ventre des femmes après l'accouchement. Il paroît qu'il n'est pas au pouvoir de l'art de prévenir ce désagrément, à moins qu'en diminuant la quantité du sang, moyen qu'on ne pourroit néanmoins pas conseiller, et qui auroit peut-être plus d'inconvéniens que le mal auquel on chercheroit à porter remède. Quelquefois aussi, quoique plus rarement, l'affluence d'humeurs qui se portent aux mamelles, est si considérable, qu'elle y empêche la formation du lait, comme cela a également lieu après les grandes évacuations qui arrivent à la suite de l'accouchement; on voit succéder l'atrophie des seins à leur gonflement un peu considérable; ils augmentent de volume au commencement, peu à peu ils diminuent, et deviennent ensuite plus petits qu'ils n'étoient avant la grossesse, ce qui paroît dépendre d'une disette de sang, et arriver plus souvent aux femmes chez lesquelles il se porte habituellement peu de sang vers le système utérin. J'ai vu plusieurs fois des femmes qui avoient perdu entièrement leur gorge après l'alaitement, et j'ai remarqué que cela avoit lieu sur-tout chez celles qui avoient beaucoup de lait, qui présentoient trop souvent le sein à leur nourrisson, et les gorgeoient

en quelque sorte de cette liqueur, qu'ils étoient forcés de rendre. Chez quelques-unes, les seins revenoient insensiblement, mais ils avoient pour toujours perdu leur beauté; d'autres les avoient perdu entièrement, et avec eux la faculté de nourrir.

Quant à l'opinion de l'auteur de la Dissertation sur la maladie appelée improprement *Fièvre puerpérale*, je ne puis penser avec lui, qu'elle consiste entièrement en une inflammation du péritoine, que cette inflammation est toujours primitive, et que la fièvre qui l'accompagne n'est qu'un symptôme de cette inflammation : voici en peu de mots, les raisons qui m'empêchent de partager cette opinion. 1°. La fièvre puerpérale existe quelquefois sans qu'il y ait inflammation au péritoine, comme l'autopsie cadavérique l'a démontré. 2°. Cette inflammation, lorsqu'elle a lieu, ne se borne pas toujours au péritoine, mais elle affecte quelquefois également le mésentère, l'épiploon, les intestins, les tuniques de la matrice, et elle peut avoir lieu sans qu'il y ait réellement fièvre puerpérale, puisque les hommes y sont exposés comme les femmes. 3°. J'aimerois mieux considérer l'inflammation du péritoine comme un symptôme de la fièvre puerpérale, que la fièvre comme un symptôme de cette inflammation. 4°. Si la maladie essentielle et symptômatique étoit une inflammation du péritoine, cette maladie devroit

avoir un caractère, une marche, des symptômes et une terminaison uniformes, c'est-à-dire, le caractère, la marche, les symptômes et la terminaison des phlegmasies, tandis qu'on remarque que la fièvre puerpérale varie beaucoup dans ses symptômes, et qu'elle est la maladie qui prend le plus constamment le caractère des maladies régnantes. Je ne m'étendrai pas davantage sur cet objet; je me contenterai de dire que la doctrine que j'émets ici, bien plus vraisemblable que celle adoptée par le docteur Gasc, étoit celle que professoient Van-Dœvren, Kirkland, Rolin, Leroy, Stoll, Tourtelle, celle qui est enseignée depuis long-tems à l'école de Montpellier, et qui vient d'être tout récemment savamment exposée dans une Dissertation soutenue par mon ancien collègue et ami, le docteur Mercier (1).

Il est peu de moyens aussi universellement employés en médecine que le sulfate de potasse (sel de duobus) dans les affections puerpérales, dans le cas de non alaitement de la part des mères, ou lorsqu'elles sèvrent, ou qu'elles éprouvent quelques accidens qu'elles attribuent à *un lait répandu*. Il n'est pas de commères, de gardes-malades, de sages-femmes, qui ne se croient en droit de l'ordonner dans ces cas, et

---

(1) Essai sur cette question : *Existe-t-il une Fièvre puerpérale ?* Paris, 1804.

qui ne soient persuadées qu'une femme en couches n'a pas été bien traitée si elle n'en a pris une plus ou moins grande quantité. Quoiqu'on ne voie pas pourquoi ce sel mériteroit la préférance sur les autres sels neutres dans les cas de cette espèce, c'est qu'employé empyriquement dans toutes les circonstances, et chez toutes les femmes indistinctement, sans en excepter même celles qui ont éprouvé des pertes graves, qui sont très-affoiblies, et qui n'ont, pour ainsi dire, pas de lait, il peut être très-préjudiciable, par cela même qu'il agit comme irritant, et augmente nécessairement l'état morbifique de la femme. J'ai vu survenir de violentes cardialgies, des douleurs de ventre et autres semblables, provoquées par l'usage de petites doses de ce sel, qui avoient été données à des femmes très-foibles, qui avoient éprouvé des pertes assez graves. On fit prendre à une femme qui, à la suite d'une fausse couche, avoit eu une perte considérable, quelques doses interrompues de sel qui la jetèrent dans le plus grand trouble. Appelé pour la voir, je me convainquis que c'étoit après avoir pris ce sel que les douleurs de ventre s'étoient fait sentir, que le vomissement, la fièvre, les convulsions étoient survenus. La femme n'avoit aucune évacuation. En touchant le ventre, outre une tension générale, je remarquai un gonflement assez distinct, accompagné d'une douleur plus vive à la région

iliaque gauche, que je crus produits par des vents ou quelques matières retenues vers l'extrémité du colon : je prescrivis un lavement opiatique et une potion calmante dont la femme ne prit que très-peu, à raison du vomissement : cependant ce lavement suffit pour la calmer, et après avoir déterminé une évacuation par le bas, le gonflement abdominal et les autres symptômes se dissipèrent. La femme se rétablit ensuite promptement, au moyen d'un régime analeptique.

Il me paroît que les inconvéniens d'un lait répandu, sont, en général, trop exagérés, principalement par les femmes qui ont coutume d'attribuer à cette cause tous les maux qui leur arrivent, même long-temps après les couches. J'en ai connu plusieurs qui attribuoient à cette cause des incommodités qu'elles éprouvoient deux ans, et même au-delà, après leurs couches, et qui croyoient en donner la preuve, en disant que depuis cette époque elles avoient assez souvent du lait dans les seins. Ces femmes sont, en quelque sorte, douées d'une disposition qui favorise la sécrétion du lait; mais elles la perdent aussitôt après l'accouchement. Que les femmes donc qui craignent tant les suites de leur lait nourrissent leurs enfans, et qu'elles ne croient pas pouvoir le tarir à leur gré, au moyen des évacuans. J'ai vu des femmes qui, après leurs couches, étoient tombées dans un état de foiblesse, tel qu'elles avoient la plus grande peine à guérir par l'usage

des analeptiques, et le mal ne faisoit qu'empirer, si, persuadées qu'il dépendoit de leur lait, elles continuaient de faire usage des évacuans.

Il reste donc prouvé que si les purgatifs salins conviennent, en général, dans les cas rapportés plus haut, chez les femmes fortes et qui jouissent d'un bon tempérament, on ne doit pas regarder leur usage comme indifférent, chez celles qui sont foibles et délicates, qui ont éprouvé des pertes, qui sont très-irritables, etc. et lorsque, dans ce dernier cas, il y a indication d'évacuer, il est préférable de provoquer les évacuations par d'autres moyens, comme, par exemple, les lavemens, ou tout autre moyen qui affoiblisse moins que les sels, et dont l'expérience ait constaté les bons effets. Peut-être les antimoniaux méritent-ils la préférence, du moins si l'on en croit le célèbre Moscati, qui donne les plus grands éloges au tartricte antimonié de potasse donné à petites doses. Une autre préparation antimoniale, quoique non connue, est la poudre dont le célèbre Boër raconte les merveilleux effets dans la fièvre puerpérale, quoiqu'il ne la donne pas comme évacuant.

Mon intention n'étant point de faire l'examen de tous les points de pratique relatifs au traitement des femmes en couches, employés plutôt par habitude que par nécessité, je terminerai par dire quelque chose sur les médicamens que l'on a coutume d'appliquer sur les mamelles,

lorsque le lait s'y épaissit, se tuméfie et les rend douloureuses.

Chacun sait que les parties fréquemment imbibées de sucs, ont une grande tendance à l'inflammation et à la suppuration; par conséquent, les topiques stimulans ne peuvent leur convenir. Malgré cela, on ne laisse pas d'appliquer des substances qui ont une vertu décidément stimulante, tels, par exemple, que le miel, le savon, la ciguë. Pour ce qui regarde ce dernier moyen, il est bien reconnu qu'au lieu d'être anodin et calmant, comme on l'avoit pensé, il est au contraire irritant et échauffant, comme on peut s'en assurer lorsqu'on l'emploie dans les engorgemens laiteux des mamelles, où il excite ou augmente l'inflammation. On ne peut également refuser au savon d'être un stimulant, et en quelques occasions même un caustique. Quant au miel, je me rappelle avoir lu dans une des vies de Plutarque, que ce qui est doux à la bouche devient irritant, lorsqu'on l'applique extérieurement: je m'en suis convaincu dernièrement en injectant une eau d'orge miellée dans la vessie d'un malade affecté d'un ancien catarrhe de cet organe. On peut également reconnoître sa qualité stimulante, en appliquant du miel rosat sur une plaie ou un cautère un peu sensible On sait d'ailleurs que les choses douces au goût provoquent et font naître des douleurs de dents, lorsqu'on les mange. Enfin,

nous nous servons de miel et de levain pour stimuler les tumeurs froides, y exciter l'inflammation et la suppuration; et par-là nous faisons voir que nous sommes convaincus de sa qualité stimulante. Pourquoi donc l'appliquerions-nous sur les seins, lorsque nous avons à craindre ou à en prévenir l'inflammation ? Il vaudroit, sans contredit, mieux réserver ces moyens et autres semblables, pour dissiper et résoudre les duretés indolentes qui restent souvent après la disparition de la plus grande partie de la tumeur, quand les dangers de l'inflammation sont passés, et employer dans le principe des topiques plus adaptés à l'état de la maladie : tels sont les onctions huileuses, les cataplasmes de mie de pain faits avec l'eau ou l'oxicrat, ou l'extrait de saturne (acétite de plomb) étendu d'eau, ou tous autres semblables. Le docteur Plessmann dit avoir retiré, dans ces cas, un tel avantage d'un cataplasme dans lequel entroit le cerfeuil, qu'il suffisoit de lever et d'appliquer par intervalles le cataplasme, pour voir augmenter ou diminuer très-sensiblement l'engorgement. Il paroît que cette propriété appartient également à toute la classe des ombellifères.

Lorsque les engorgemens laiteux des mamelles se terminent par suppuration, et que l'abcès s'ouvre de lui-même, ou est ouvert par l'art, l'application d'une ventouse sur l'ouverture même, produit ordinairement le meilleur effet,

en attirant et faisant sortir tout le pus contenu dans la tumeur. J'ai vu retirer un tel avantage de ce moyen chez une femme pour laquelle on l'employa, que la plaie, ainsi que la tumeur, furent parfaitemens guéries dans l'espace de quarante-huit heures. Dans le cas d'abcès considérables parvenus à maturité et ouverts, le même moyen ne seroit-il pas suivi du même succès? La sortie du pus ainsi provoquée, la guérison devroit être plus prompte que par la méthode que l'on suit encore exclusivement, et qui consiste à entretenir l'ouverture de la plaie par de la charpie interposée entre ses bords.

L'ART

L'ART D'ACCOUCHER.

PARTIE THÉORIQUE.

INTRODUCTION

A l'Art des Accouchemens en général.

1. L'ART des accouchemens est cette partie de la médecine qui apprend à assister les femmes en couche, et à leur donner, d'une manière douce, prompte et sûre, les secours que réclame leur état.

2. A proprement parler, cet art est du domaine de la chirurgie, et en constitue la partie la plus intéressante : comme la chirurgie en général, il ne doit point être considéré sous l'aspect d'un art simple, mais bien sous celui d'une véritable science.

3. On appelle l'exercice de cette science, l'*art d'accoucher :* les femmes qui le pratiquent, dans les cas simples et faciles, s'appellent *Sages-femmes*; et on donne le nom d'*Accoucheurs* aux chirurgiens ou médecins qui parcourent la même carrière. Les premières l'exercent trop souvent comme un art simplement mécanique; mais entre les mains des seconds, c'est un état vraiment scientifique.

4. Sous le rapport chirurgical, l'art d'accoucher forme la partie la plus essentielle de l'exérèse, et sous ce point de vue (§. 2.), il mérite d'être traité en particulier. Il a en outre cette prééminence sur les autres branches de l'art de guérir, c'est qu'il a toujours pour objet la vie de deux

individus au moins, tandis que la chirurgie ne s'occupe jamais que d'un seul : quant à sa fin, il est encore la partie la moins incertaine de la médecine pratique.

5. Il pourroit encore acquérir du relief de son antiquité, car il remonte presque à l'origine du monde, quoique, alors, il n'étoit point encore considéré comme une science.

6. L'origine, les progrès, les vicissitudes, les découvertes et l'état actuel de l'art des accouchemens, appartiennent à l'histoire de la science; ils lui sont nécessaires, et contribuent à ses succès et à son perfectionnement, comme le prouvent et les erreurs auxquelles donne lieu l'ignorance de ces connoissances, et le grand nombre de personnes qui doivent la vie aux progrès qu'il a fait.

7. De même que la plupart des autres sciences, celle des accouchemens se divise en *Théorique* et en *Pratique*, et chacune d'elles a son mode d'enseignement. Pour que l'intelligence en soit plus facile, elles veulent être enseignées avec ordre et méthode, et suivant les principes de l'anatomie, la connoissance des parties, de leurs proportions, celle de la physique, des mathématiques, mais plus particulièrement de la mécanique; la pratique des accouchemens n'étant, pour ainsi dire, qu'une application raisonnée des lois du levier.

8. Maintenant, dans la partie théorique des accouchemens, on a coutume d'étudier la structure et les usages des parties de la femme dans l'état naturel, le changement qu'elles éprouvent, et leur manière d'être dans la grossesse et l'accouchement, le fœtus, ses dépendances et tout ce qui y a rapport; c'est pourquoi il seroit à désirer que chaque médecin eût au moins la théorie de cette science pour pouvoir connoître, distinguer et juger les maladies des femmes en général, celles auxquelles elles sont sujettes pendant la grossesse, pendant et après les couches, et les traiter avec méthode. En général, on peut dire que pour bien traiter les maladies des femmes, il importe autant au médecin de connoître la théorie des

accouchemens, qu'il lui est nécessaire dans le cours de sa pratique, d'avoir de profondes notions en chirurgie.

9. La partie pratique a plus particulièrement rapport aux accouchemens laborieux et à ceux contre nature; elle enseigne à l'accoucheur la conduite qu'il doit tenir, et le genre de secours qu'il doit administrer, ce qui fait désirer que tous ceux qui exercent la chirurgie, sachent accoucher : et puisque personne ne peut exercer avec succès cet art dans les cas difficiles, sans s'y être préparé par l'étude de la théorie, et s'être mis à même de faire l'application des préceptes qu'il a puisés dans les cas d'accouchemens naturels et faciles aux cas difficiles et contre nature, et sans s'être fait une théorie à soi, il en résulte que les chirurgiens qui se disposent à exercer cette partie de leur art, doivent particulièrement s'appliquer à en bien apprendre la théorie.

10. Quoique, après avoir acquis les connoissances théoriques, et avoir appris la manière d'opérer, la pratique soit le meilleur maître capable de donner de l'expérience et un jugement sain; le jeune homme qui se dispose à parcourir la carrière d'accoucheur, doit encore étudier les bons auteurs : mais, au milieu du fatras énorme de mauvais ouvrages, il lui sera difficile de faire un bon choix, car les modernes ne sont pas toujours les meilleurs, et après ceux des Mauriceau, des Lamotte, des Deventer, des Smellie, des Burton, des Hunter, des Johnson, des Levret, des Puzos, des Rœderer, à peine pourroit-on en citer quelques autres.

11. Bien plus : quiconque veut être profondément instruit dans la science des accouchemens, doit non-seulement savoir les langues dont la connoissance est devenue indispensable, et avoir des notions profondes en anatomie, en physique, en mathématiques (§. 7.), mais encore connoître à fond les principes généraux de la chirurgie.

12. Enfin, il faut qu'un accoucheur ait la main délicate, le tact fin, l'esprit sain, le caractère ferme, et toutes les

vertus qui caractérisent l'homme public et le bon citoyen : il doit savoir connoître les différentes espèces d'accouchemens, porter un pronostic, prononcer promptement, mais sans audace ni foiblesse, sur la nature des secours que requiert le cas pour lequel il est appelé, sans jamais se montrer inexpérimenté ; et lorsqu'il a pris une détermination, à beaucoup de présence d'esprit et de patience, il doit réunir toute la philantropie qu'exige l'importance du ministère qu'il exerce.

SECTION PREMIÈRE.

Des Parties génitales de la Femme en général.

13. On appelle génitales les parties du corps de la femme qui servent à la fécondation, à la grossesse et à l'accouchement.

14. Ces parties se distinguent en externes et en internes, en molles et en dures : ces dernières forment le bassin.

15. Le bassin sert à la génération et à l'accouchement ; à la génération, parce qu'il en renferme les organes ; à l'accouchement, parce qu'il peut contribuer à le rendre facile ou difficile, et quelquefois même impossible par les voies naturelles. C'est pourquoi le bassin doit être mis au nombre des parties génitales, et être l'objet de nos considérations dans toutes ses parties.

CHAPITRE PREMIER.

Du Bassin bien conformé.

16. Le bassin forme la partie inférieure du tronc : il est composé, dans les adultes, de trois grands os qui sont le sacrum et les deux os innominés, et d'un quatrième appelé *coxis*.

17. Chaçun des os innonimés se divise en trois portions, qui sont l'ilion, l'ischion et le pubis. Ces os ont reçu, avec plus ou moins de fondement, diverses autres dénominations.

18. Dans les enfans nouveau-nés, le nombre des os du bassin est plus grand, et leur substance approche plus de celle du cartilage.

19. Le sacrum est situé en arrière : lorsqu'on le considère uni aux autres os, il ne présente que deux surfaces principales, l'une externe, l'autre interne; celle-là âpre, inégale et convexe; celle-ci lisse, égale et concave. Il a la forme d'un triangle, dont la base est en haut et la pointe en bas. Il peut être considéré comme étant formé de cinq fausses vertèbres, et est percé de quatre paires de trous. Il s'unit à d'autres os par quatre endroits différens, et a quelquefois une vertèbre et deux trous de plus.

20. On peut considérer le coxis comme un appendice du sacrum, ou comme un autre os sacrum, mais beaucoup plus petit. Il est situé en arrière au bas du sacrum, à la pointe duquel il est uni par sa partie la plus large. On lui distingue également deux surfaces très-ressemblantes à celles du sacrum. Il est de forme triangulaire, et sa direction est à-peu-près celle du sacrum lui-même. Il est composé de petites vertèbres mobiles, et n'a point de trou.

21. Chez les enfans qui viennent de naître, les vertèbres du coxis, excepté la première, sont dans un état cartilagineux, et n'ont point encore de forme déterminée : la première vertèbre même n'est qu'un léger point d'ossification au milieu d'un cartilage.

22. Le coxis jouit d'une certaine mobilité, qui néanmoins n'est pas la même dans les différens sexes et les différens âges : cette mobilité peut être considérée sous deux rapports, celui du mouvement qui s'exerce entre la pointe du sacrum et la première vertèbre du coxis, et celui qui a lieu entre les vertèbres mêmes de cet os; le premier s'efface quelquefois par l'effet du tems, tandis

que le dernier subsiste toujours plus long-tems. En général, cette mobilité du coxis est d'un grand avantage dans le travail de l'accouchement.

23. Les os ilion forment, avec les ischion, les parties latérales du bassin.

24. Les ilion sont situés aux côtés et au-dessus des ischion : ils offrent de remarquable un bord supérieur, semi-lunaire, que l'on nomme *crête*, une face interne, large et concave, et des épines antérieures.

25. Les ischion sont également situés sur les côtés, mais au-dessus des ilion; ils présentent deux faces, l'une externe, l'autre interne; la première lisse est unie; la seconde rendue très-inégale par la cavité cotyloïde. En devant se présentent les branches de l'ischion qui se portent obliquement en haut pour concourir à la formation de l'arc du pubis. Derrière ces branches se trouve un espace auquel on a donné le nom de *trou ovale*. On y remarque en outre le bord inférieur de l'ischion, que l'on appelle *tubérosité*, et les épines ou procès épineux légèrement recourbés en arrière, auxquels s'implante un fort ligament, qui, délié, se porte à l'os sacrum où il s'attache, et porte le nom de *sacro-sciatique*, ou *sacro-épineux*; tandis qu'un autre ligament, provenant de la tubérosité, va s'unir à l'extrémité du premier, et porte le nom de *tubéro-sacré*.

26. Les os pubis forment la paroi antérieure du bassin : ils sont formés de deux pièces qui, des deux côtés, vont se rencontrer dans le milieu, et s'unissent au moyen d'un cartilage et de ligamens très-forts : ils présentent deux surfaces, l'une interne, l'autre externe; la première est lisse et concave; la seconde, unie, présente quelques angles légèrement obtus. Le bord supérieur des os pubis se nomme *crête*; l'inférieur forme le milieu de la voûte de l'arcade du pubis.

27. Les os du bassin sont unis entre eux en cinq endroits différens. En arrière et en haut, la première vertèbre du sacrum s'unit avec la dernière des lombes, où elle forme

une éminence assez remarquable, appelée *promontoire* ou *éminence* du sacrum. La dernière vertèbre du sacrum s'unit de la même manière, mais en arrière et en bas, avec la première du coxis. Sur les deux côtés, les surfaces articulaires des ilion s'unissent avec des surfaces correspondantes que présente le sacrum : cette union est appelée *sinchondrose sacro-iliaque*. Antérieurement les os du pubis s'unissent entre eux, et c'est cette union qu'on nomme *symphyse* des os du pubis.

CHAPITRE II.

De la division du Bassin, et de ce qu'il présente de remarquable.

28. On remarque une ligne particulière, saillante, appelée *ligne innonimée*, qui commence à l'éminence du sacrum, parcoure intérieurement les os innonimés, et divise le bassin en partie supérieure et en partie inférieure.

29. On désigne plus particulièrement ces parties supérieures et inférieures sous les dénominations de *grand* et de *petit bassin*.

30. Le bassin supérieur ou grand bassin est en partie formé par les os des iles : l'inférieur ou petit bassin est composé d'un plus grand nombre d'os.

31. On remarque au petit bassin, une entrée et une sortie, c'est-à-dire, une ouverture supérieure et une inférieure, formées en partie par les os dont nous avons parlé.

32. L'espace compris entre ces deux ouvertures, est appelé *cavité*, fond ou capacité du bassin.

33. En suivant une ligne imaginaire qui commence au-dessous de l'arc du pubis, traverse la cavité du bassin pour se terminer à l'endroit où s'unissent entre elles la seconde et la troisième vertèbre du sacrum, en comptant de haut en bas, on peut se former, en idée, une troisième

ouverture, ou ouverture moyenne du bassin, ce qui est d'une utilité particulière dans la pratique.

34. Les os du bassin affectent tous une forme oblique, et sont disposés entre eux, de manière à former un plan incliné ; ce qui est d'un grand avantage dans l'accouchement, ainsi que dans beaucoup d'autres cas.

35. Dans le grand bassin, on ne remarque que trois surfaces obliques, deux réelles et une imaginaire.

36. Les os des iles forment sur les deux côtés et en-dedans deux surfaces réelles, obliques, qui méritent d'être remarquées par rapport au rôle qu'elles jouent dans la grossesse.

37. La surface oblique imaginaire du détroit supérieur du bassin, ou le grand plan incliné antérieur, descend de l'éminence du sacrum au pubis. Cette surface mérite la plus grande attention, parce qu'elle contribue à augmenter le diamètre du détroit supérieur. On considère le petit bassin comme un cylindre creux ; on y fait une section horizontale et une autre oblique, et on en remarque aisément la différence. (*Tab.* 1, *fig.* 1.)

38. Dans le petit bassin on trouve partout beaucoup de ces plans obliques, qui tous ont leur utilité particulière dans l'acte de l'accouchement.

39. Lorsque le bassin a ses dimensions naturelles, et qu'il est bien conformé, les os qui le composent laissent entre eux un certain espace : ces espaces déterminés sont appelés *diamètres* du bassin ; on en remarque également dans le grand et dans le petit.

40. Le grand bassin n'a qu'un seul diamètre formé par la distance de la crête de l'un des os des iles à celle du côté opposé (§. 24.), mais on en remarque plusieurs dans le petit bassin, non-seulement à son entrée et à sa sortie, mais encore dans sa cavité. (*Tab.* 1, *fig.* 2.)

41. A l'entrée du petit bassin, il y a quatre diamètres, un grand, un petit, et les deux obliques de Deventer. (*Tab.* 1, *fig.* 2.)

42. Le grand diamètre traverse le bassin d'un ilion à l'autre; le petit va de l'éminence du sacrum à la crête des os pubis; les deux diamètres obliques se portent des deux côtés de l'union des os des iles avec le sacrum aux branches du pubis; de cette manière, les deux premiers se partagent à angles droits, et le troisième et le quatrième forment avec ceux de l'un et l'autre côté, comme avec eux-mêmes, des angles verticaux. (*Tab.* 1, *fig.* 2.)

43. La sortie du bassin a aussi ses quatre diamètres, un grand, un petit, et deux obliques. (*Tab.* 1, *fig.* 2.)

44. Le grand diamètre s'étend de l'un à l'autre bord des ischion; le petit va du coxis à l'arc du pubis; les obliques, dont il y a un de chaque côté, se portent des bords des ischion à la pointe du coxis; par conséquent, quand le coxis est étendu, les deux diamètres obliques forment presque un triangle équilatéral avec le grand diamètre. (*Tab.* 1, *fig.* 2.)

45. On peut reconnoître deux diamètres, l'un plus grand (§. 33.), l'autre plus petit, dans la cavité du petit bassin; mais ces diamètres sont en proportion contraire, parce que le plus grand (§. 33.) est ici dans la direction de celui qui ailleurs est le plus petit; et le plus petit, qui se prend de l'une à l'autre épine de l'ischion, affecte la direction de celui qui ailleurs est le plus grand diamètre du bassin.

46. Comme tous ces diamètres sont formés par des points déterminés des os du bassin, ils ont des dimensions données. Dans une personne de taille moyenne, le grand diamètre est en proportion avec le petit, comme cinq pouces sont à quatre : les diamètres obliques sont égaux. Le grand diamètre du détroit inférieur est au petit comme quatre pouces sont à trois, et les deux diamètres obliques sont égaux au plus grand. Chacun d'eux est éloigné de quatre pouces du coxis, et ces trois lignes forment un triangle équilatéral de la circonférence d'un pied.

47. La cavité du bassin (§. 32.) est toujours plus large

que ne le sont chacun des diamètres des détroits du petit bassin pris isolément, d'où il résulte que les diamètres de l'ouverture moyenne du bassin se trouvent aussi plus grands. Le plus grand (§. 45.) qui est toujours proportionné à l'excavation du sacrum, est de quatre pouces et demi à cinq pouces; le plus petit (§. 45), n'a communément que quatre pouces.

48. Les trois diamètres du petit bassin pris de sa paroi postérieure à l'antérieure, parmi lesquels celui du milieu (§. §. 33, 45.) est le plus grand, viennent s'unir en pointes voisines les unes des autres, presque comme les rayons d'une roue s'unissent à son axe, derrière la symphyse du pubis, et représentent deux plans obliques renversés l'un vers l'autre, par leurs extrémités, auxquelles le grand diamètre de l'ouverture moyenne sert de base commune horizontale.

49. Ou bien : le petit diamètre du détroit supérieur du bassin, fait avec le petit diamètre du détroit inférieur un angle d'environ quatre-vingt degrés, à l'extrémité duquel concoure, dans une direction horizontale, le grand diamètre de l'ouverture moyenne du bassin, de manière qu'en le prolongeant, il formeroit avec lui un angle vertical.

50. Le rebord postérieur du bassin, où l'os sacrum fait donc l'office de deux cathètes à chacun des deux plans obliques. Si on fait attention à ces deux cathètes, on voit qu'elles forment deux plans obliques qui se réunissent à leurs extrémités, parce que l'os sacrum est formé de deux plans qui se rencontrent à leur sommet, et se perdent, pour ainsi dire, en un fragment de cercle.

51. Pour rendre sensible cette disposition, il suffit de se représenter ces quatre diamètres des detroits du bassin avec de petits bâtons de bois : par ce moyen, on parvient plus aisément à reconnoître quelles proportions existent entre ce segment de cercle de la paroi postérieure du bassin (§. *précéd.*), et celui de la paroi antérieure, sur laquelle, lors de l'accouchement, la tête doit passer,

lorsqu'elle traverse les parties, et paroître enfin au jour, en continuant de se développer.

52. Les dimensions que l'on doit prendre sur le bassin sont la hauteur et l'excavation du sacrum, la hauteur des os pubis et ischion, et l'extension du coxis, ou sa susceptibilité à s'éloigner de l'axe ou de la ligne centrale du bassin.

53. En général, le petit bassin est, en arrière, trois fois plus haut qu'en devant, et sur les côtés il l'est deux fois. L'excavation du sacrum est ordinairement de six ou huit lignes, rarement d'un pouce. La distance des épines des ischion, ou le petit diamètre de la cavité du bassin, égale ordinairement le petit diamètre de l'ouverture supérieure du petit bassin, ou une des lignes du triangle de son ouverture inférieure. A l'égard du coxis, le mouvement dont il est susceptible en arrière, n'outrepasse pas un pouce.

54. Comme les trois diamètres du bassin pris de sa paroi postérieure à l'antérieure, peuvent être mesurés exactement, au moyen d'un bon pelvimètre, dans les personnes adultes et chez celles d'une petite stature, dont l'organisation est plus suspecte, on peut, d'après la connoissance de leurs dimensions, annoncer le moment de l'accouchement : de même, on peut, au moyen d'un très-simple pelvimètre, mesurer en dehors la profondeur du petit bassin, et en calculer le détroit supérieur.

CHAPITRE III.

De la situation, de l'Axe et de l'inclinaison du Bassin.

55. Il est très-important, et même indispensable pour celui qui se livre à la pratique des accouchemens, de bien connoître la position, l'axe et l'inclinaison du bassin, relativement à l'horizon.

56. L'axe ou la ligne centrale du bassin qui en détermine la position, n'est point parallèle à la ligne centrale du corps, qui, du vertex, descend le long de l'épine, et tombe perpendiculairement entre les plantes des pieds, mais elle la partage à angle aigu. (*Tab.* 2, *fig.* 2.)

57. Par conséquent, puisque la ligne centrale du corps tombe perpendiculairement à l'horizon, et que la ligne centrale du bassin ne lui est point parallèle (§. précéd.), cette dernière doit tomber obliquement sur l'horizon. (*Tab.* 1, *fig.* 3.)

58 Mais si la ligne centrale du bassin coupe à angle aigu la ligne centrale du corps (§. 56.), et tombe sur l'horizon (§. 57.), il en résulte que l'axe du bassin s'écarte un peu de la perpendiculaire.

59. L'axe du bassin s'éloignant donc de quelques degrés de la perpendiculaire (§. 58.), la situation naturelle du bassin ne peut pas être perpendiculaire, mais bien oblique, parce que la ligne qui doit être l'axe de ce plan oblique, ne peut tomber dessus que perpendiculairement aux angles droits.

60. La déclinaison de l'horizon qu'affecte la ligne centrale du bassin, sera donc en proportion du plan plus ou moins oblique du détroit supérieur du petit bassin.

61. Tous les auteurs n'admettent pas le plan oblique que forme avec l'horizon le bassin dans sa position naturelle : de là vient qu'ils ne considèrent pas de la même manière la déclinaison de l'horizon qu'affecte l'axe du bassin : d'ailleurs, elle n'est pas tout-à-fait la même dans tous les individus ; elle est aussi relative aux divers états des parties génitales.

62. Pour déterminer le plan oblique du détroit supérieur du petit bassin, et trouver l'axe du bassin, Levret supposoit une personne debout, et donnoit, comme une chose prouvée d'avance, qu'une ligne tirée depuis le dessus de la symphyse du pubis, passant par la cavité du bassin jusqu'à l'endroit où s'unissent entre elles les deux

dernières vertèbres du sacrum, seroit parallèle à l'horizon ; et qu'une autre ligne partant du même point des os pubis, et allant à l'endroit où s'unit la dernière vertèbre des lombes avec la première du sacrum, feroit avec la précédente un angle de trente-cinq degrés ; il fixoit l'axe du bassin par la diagonale de ces deux plans obliques.

63. Mais le plan oblique du détroit supérieur du bassin et celui du détroit inférieur, se comportent tout différemment; aucun d'eux n'est constamment en rapport avec l'autre.

64. De même aussi il est rare que le plan oblique du pubis soit avec un des plans obliques des détroits du bassin dans une proportion telle qu'il se termine sur un de ceux-ci.

65. Rœderer s'y prit différemment pour trouver le véritable plan oblique du détroit supérieur du petit bassin, et avec lui, la véritable position de tout le bassin, avec l'inclinaison et la déclinaison qu'affecte son axe de la base horizontale du plan incliné, ainsi que l'angle de la ligne centrale du corps avec la ligne centrale du bassin, et l'angle du plan incliné du détroit supérieur du bassin.

66. Il plaça perpendiculairement un corps de femme sur un plan horizontal, fit tomber une perpendicule de la pointe du coxis, et une autre de dessous l'arc osseux du pubis, sur le même plan horizontal; par ce moyen, on vit la différence de hauteur des deux perpendicules. Il mesura ensuite la distance du coxis à l'arc du pubis, et trouva qu'elle étoit de cinq pouces; la perpendicule postérieure étoit d'un pouce et demi plus longue que l'antérieure, ce qui donnoit au coxis la même hauteur de plus que l'arc du pubis.

67. Laissant de côté la perpendicule antérieure, il plaça sur la ligne horizontale prise pour base, l'excès de hauteur de la perpendicule qui étoit d'un pouce et demi, ainsi que la cathète, et ferma le plan incliné avec l'hypoténuse de cinq pouces, qui équivaut au même plan oblique du détroit inférieur du petit bassin. (*Tab.* 1, *fig.* 4.)

68. Il divisa ensuite l'hypoténuse (§. 67.) en deux parties égales, et fit passer une perpendicule par le point de division : en procédant de cette manière, il trouva que cette perpendicule formoit le véritable axe du bassin, et indiquoit en même tems, non-seulement la déclinaison de l'axe du bassin avec l'horizon, mais encore l'angle de la ligne centrale du corps avec la ligne centrale du bassin, de même que l'angle du plan incliné du détroit supérieur du bassin. (§. 65.) (*Tab.* 1, *fig.* 4.)

69. Lorsque les plans obliques sont fixés, il est facile de trouver et de déterminer mathématiquement l'axe ou la ligne perpendiculaire, de même que sa déclinaison de l'horizon, et ensuite l'angle du plan oblique.

70. Si, par exemple, selon le calcul de Levret, le plan oblique du détroit supérieur du bassin forme un angle de trente-cinq degrés (§. 62), la ligne centrale du bassin doit s'écarter en arrière de cinquante-cinq degrés du plan perpendiculaire. Si, comme il résulte du calcul de Rœderer, l'axe du bassin s'écarte en arrière de soixante-douze degrés de l'horizon, il en résulte que le plan oblique du détroit supérieur du petit bassin, fait un angle de dix-huit degrés, *et vice versâ*.

71. Ainsi l'inclinaison du bassin et la déclinaison de son axe, d'après la méthode de Rœderer, peuvent être déterminées avec précision, dans chaque individu, et mettent en évidence les différences qui s'y présentent. (§. 61.)

72. Mais on parvient plus facilement, avec un instrument trigonométrique, appelé *cliséomètre*, ou mesure d'inclinaison, à trouver le plan oblique du détroit supérieur du bassin, et la déviation de l'horizon qu'affecte l'axe du bassin par l'angle du plan incliné, le rapport de cet axe avec la ligne centrale du corps, et à désigner et déterminer, en général, les particularités qui peuvent avoir lieu relativement à l'horizon naturellement incliné,

ainsi que la véritable situation du bassin dans les différens sujets. (*Tab.* 11, *fig.* 1 *et* 2.)

73. Au reste, l'angle du plan oblique, d'après la théorie des angles verticaux, est égal à celui avec lequel la ligne centrale du bassin divise la ligne centrale du corps. (§. 56.)

74. En prolongeant l'axe du bassin en droite ligne et en haut, il sort peu à peu par l'ombilic, en décrivant presque la diagonale des muscles abdominaux et du diaphragme; ce qui mérite des considérations dans la pratique des accouchemens. (*Tab.* 2, *fig.* 1.)

75. Quand l'axe du bassin se prolonge en droite ligne et en bas, d'après Levret, il tombe sur le coxis; mais, selon Rœderer, il passe un peu plus en devant, de manière qu'il traverse à-peu-près le milieu du sphincter de l'anus : ce qui mérite d'être remarqué. (*Tab.* 2, *fig.* 1.)

76. Cependant, si l'on examine de plus près la construction du bassin, on voit que son axe ne peut pas ne former qu'une seule ligne droite, mais plutôt qu'il est composé d'une ligne droite en haut et d'une autre en bas qui viennent se réunir, à angle très-obtus, vers le milieu du bassin.

77. Autant la partie supérieure de l'axe du bassin (§. *précéd.*) en le tirant en ligne droite et en bas, s'écarteroit en arrière de l'horizon (§. §. 68, 75.), autant la partie inférieure du même axe (§. *préc.*), en le tirant en droite ligne, d'après la doctrine des angles verticaux (§. 73.), s'écarteroit réciproquement de l'horizon en sens contraire, c'est-à-dire, en avant.

78. Mais en considérant la chose encore plus attentivement, on voit que les deux lignes dont il a été fait mention, qui se réunissent sous un angle tout-à-fait obtus, et fixent de cette manière l'axe du bassin (§. 76,), parcourent précisément une section de cercle, et que l'axe du bassin décrit une ligne courbe; circonstance qui mérite une attention particulière dans la pratique des accouchemens.

79. On voit maintenant, d'une manière très-positive, que l'on peut admettre dans le bassin un axe apparent ou ligne droite manifeste, et une véritable ligne courbe.

80. C'est seulement l'extrémité supérieure de la ligne centrale du bassin, qui, dans l'accouchement naturel, se confond avec la ligne centrale de la matrice et du fœtus, en se prolongeant dans une seule et même ligne droite, comme son extrémité inférieure se confond avec l'axe du vagin.

81. Mais la ligne centrale du vagin décrit aussi une courbe qui s'écarte de la ligne centrale, en formant un angle très-obtus. Cette disposition a ses avantages dans la grossesse et dans l'accouchement, et fait voir de quelle importance il est d'observer bien exactement l'axe du bassin. (*Tab.* 3, *fig.* 10.)

82. La circonférence du détroit supérieur d'un bassin bien construit, est plutôt régulière, et doit avoir à-peu-près la forme d'un cœur de cartes à jouer, un peu émoussé à la pointe. La circonférence du détroit inférieur a une tout autre forme. (*Tab.* 1, *fig.* 5.)

83. La dimension périphérique du détroit supérieur du bassin, forme à-peu-près la quatrième partie de la hauteur de l'individu. (*Tab.* 1, *fig.* 5.)

84. Au reste, les signes extérieurs qui indiquent qu'un bassin de femme est bien conformé, sont, la proéminence que les parties forment en arrière, leur largeur et l'éloignement des cuisses. (*Tab.* 1, *fig.* 5.)

85. La ligne centrale du corps du fémur fait ordinairement avec la ligne centrale de sa tête, un angle d'environ cent vingt degrés. Cette observation a ses avantages. (*Tab.* 1, *fig.* 6.)

86. Si on prolonge les lignes centrales de la tête du fémur à travers la cavité du bassin, elles se rencontrent ordinairement devant l'éminence du sacrum, où elles forment un angle obtus d'environ cent degrés. Cette observation est encore plus importante. (*Tab.* 1, *fig.* 5.)

CHAPITRE

CHAPITRE IV.

Du Bassin mal conformé.

87. Le premier vice de conformation d'un bassin a lieu lorsque les axes des fémur et ceux de leurs têtes ne forment pas les angles dont nous avons parlé (§. 85.), ce qui fait que les derniers ne s'unissent et ne se croisent pas, comme ils le devroient, dans le bassin, au-devant de l'éminence du sacrum. (§. 86.) (*Tab.* 1, *fig.* 7.)

88. La forme périphérique du détroit supérieur du bassin est alors totalement altérée; le petit bassin même devient dans son plus petit diamètre, ou plus plat, ou plus écrasé, et est tout-à-fait déformé en-dedans. (*Tab.* 1, *fig.* 7.)

89. Un bassin plat ou étroit a une forme trop ovale, et un bassin écrasé prend ordinairement celle d'un 8 en travers.

90. Le bassin peut aussi, sans être plat ou resserré, avoir sa forme ordinaire; mais, lorsque l'on mesure en-dedans ses différentes dimensions, on les trouve ou plus petites ou plus grandes qu'elles ne devroient l'être. Ces deux espèces de bassin méritent une certaine considération.

91. Autant est défectueux et étroit un bassin à son détroit supérieur, autant il est plus grand et plus évasé à son détroit inférieur, *et vice versâ.*

92. La dernière espèce de ces bassins est beaucoup plus rare que la première. Quelques cas rares dans lesquels on a remarqué qu'un bassin avoit le même vice de conformation dans ses deux détroits, ne suffisent pas pour renverser la règle générale.

93. Autant la partie supérieure de l'os sacrum se rapproche de la ligne centrale du bassin, autant s'en rapprochent aussi ordinairement les os pubis, *et vice versâ.*

94. Si la partie la plus large du sacrum s'approche trop de la ligne centrale du bassin, il en résulte un resserrement du détroit supérieur, et une ouverture plus large de l'inférieur (§. 91.); et lorsque cette même partie supérieure du sacrum s'éloigne de la ligne dont nous venons de parler, le diamètre de l'entrée est augmenté, et celui de la sortie est rétréci.

95. Lorsque l'excavation du sacrum est trop prononcée, les deux détroits du bassin sont plus resserrés, et la cavité est sensiblement plus large. Mais si l'os sacrum est très-plat, lors même qu'il est dans une bonne position, il rend plus ouverts et plus larges les deux détroits du bassin, en même tems que sa cavité est plus rétrécie : c'est pourquoi la cavité du bassin, ou le diamètre qui va d'avant en arrière par l'ouverture moyenne imaginaire du bassin (§. 33), est toujours d'autant plus grande que le sacrum est plus recourbé et plus excavé.

96. Quoique le sacrum ne soit pas très-aplati, le diamètre de l'ouverture moyenne du petit bassin d'avant en arrière, est cependant toujours plus grand que le petit diamètre du détroit supérieur du même petit bassin.

97. Il n'en est pas de même du petit diamètre du détroit inférieur du bassin, qui, lorsque le sacrum est très-excavé, est toujours plus petit que le grand diamètre de l'ouverture moyenne du bassin, tandis que, lorsque le sacrum est plus droit et plus plat, il peut être encore beaucoup plus grand que le grand diamètre de la cavité du bassin ou de son ouverture moyenne. Les bassins qui ont chacun de ces vices de conformation en fournissent la preuve.

98. Au reste, quand le coxis n'a pas de vice de conformation, ordinairement il n'y a pas d'obstacle essentiel à l'accouchement; et il est plus facile qu'il contracte quelque vice par l'effet des causes extérieures, que par celui d'une mauvaise conformation primitive.

99. Quelquefois la première vertèbre du coxis, perd entièrement la faculté de se mouvoir sur la pointe du

sacrum. Cela peut avoir lieu, ou parce que les ligamens qui, postérieurement, le soutiennent sur les côtés, se sont ossifiés, ou parce que les vertèbres elles-mêmes se sont soudées entre elles au moyen de l'ossification du cartilage intermédiaire. Dans ce cas, l'os sacrum a cinq trous au lieu de quatre, et alors la mobilité de la seconde vertèbre sur la première, et des autres entre elles, se conserve plus long-tems.

100. La distance qui a lieu entre les épines des ischion est ordinairement égale à l'un des diamètres du petit bassin (§. 53.); il n'en résulte par conséquent aucun inconvénient pour l'accouchement : mais dans le cas où ces diamètres seroient trop grands, ils pourroient, dans certaines positions du fœtus, rendre l'accouchement laborieux, de la même manière que le feroit un vice de conformation dans le coxis.

101. Un bassin écrasé, difforme et oblique, est en même tems plus élevé à une hanche qu'à l'autre, et est toujours accompagné d'une distorsion de l'épine. La hanche est alors plus haute du côté où le fémur exerce la plus forte pression ; l'épine se courbe de l'autre côté, et le sacrum même se trouve dans une direction oblique, ce qui fait que le petit diamètre du détroit supérieur du petit bassin, ne peut se prendre qu'obliquement, et d'arrière en avant. (*Tab.* 1, *fig.* 8.)

102. Différentes causes peuvent contribuer à la mauvaise conformation et au rétrécissement du bassin ; mais, en général, le rachitis et les lésions extérieures, telles que les luxations ou les fractures des os du bassin, souffertes principalement dans l'enfance, sont les plus fréquentes.

103. Le bassin d'un homme seroit très-défectueux dans le corps d'une femme, parce qu'il diffère essentiellement de celui de la femme, non-seulement dans sa structure et le rapport de position des parties, mais sur-tout dans toutes ses dimensions géométriques.

104. C'est encore un problème agité de nos jours, et

diversement résolu, de savoir si, dans l'accouchement, les os du bassin éprouvent, ou non, un écartement ; mais la raison, la structure et les fonctions des différens organes dans l'acte de l'accouchement, ainsi qu'un grand nombre d'argumens tirés de la physique et des mathématiques, ne permettent pas de le résoudre affirmativement, et encore moins d'adopter la théorie d'une nouvelle et étrange opération que l'on pratique quelquefois de nos jours.

CHAPITRE V.

Des Parties molles génitales de la Femme.

105. Les parties de la femme qui servent à la génération et à l'accouchement, ont été distinguées en dures et en molles (§. 14.) : celles-ci sont externes ou internes.

106. Les externes sont celles que l'œil peut apercevoir : elles comprennent le mont de Vénus, les grandes lèvres, le petites lèvres, ou les nymphes, et les autres parties plus petites qui se rencontrent vers la commissure supérieure et l'inférieure : à celles-ci, on peut ajouter celles que l'on aperçoit à l'entrée du vagin, et celles du périné.

107. Quoique l'on soit censé connoître anatomiquement et physiologiquement ces parties, nous ne croyons pas hors de propos de dire ici quelque chose sur leur structure, leur situation et leur usage, tant dans la grossesse que dans l'accouchement.

CHAPITRE VI.

Des Parties molles génitales internes de la Femme.

108. Les parties molles internes de la femme destinées à la génération et à l'accouchement, qui ne sont pas exposées à la vue, mais que le doigt peut découvrir et toucher,

sont le vagin, la matrice, et les parties qui dépendent de celle-ci.

109. Le vagin est un canal membraneux très-plissé : il commence à son propre sphincter, et se termine à la partie la plus basse du col de la matrice, où il prend le nom de *voûte* ou *fond* du vagin, auquel les accoucheurs doivent faire beaucoup attention.

110. Le vagin a quatre parois, une antérieure, une postérieure et deux latérales : ces parois n'ont cependant pas toutes la même hauteur, mais elles sont proportionnées à celle du petit bassin. (§. 53.)

111. La cavité du vagin ressemble à-peu-près à celle d'un intestin, dont les deux extrémités coupées à plan oblique se dirigent vers les os pubis. (*Tab.* 3, *fig.* 10.)

112. L'axe du vagin (§. 81.) décrit une ligne courbe, dont la convexité regarde le sacrum et la concavité le pubis.

113. La matrice située dans le bassin, entre la vessie urinaire et l'intestin rectum, est ce muscle creux, qui, de tous les organes qui servent à la génération et à l'accouchement, mérite la plus grande attention.

114. La forme extérieure de la matrice, dans l'état ordinaire, ressemble assez à celle d'une petite bouteille ronde, un peu aplatie. On y observe six faces, une supérieure, une inférieure, une antérieure, une postérieure et deux latérales. (*Tab.* 3, *fig.* 1.)

115. La forme intérieure d'une matrice, dans l'état de vacuité, ne ressemble en rien à celle qu'elle a extérieurement. Coupée verticalement, elle présente une petite cavité circonscrite par un triangle curviligne. (*Tab.* 3, *fig.* 2.)

116. La cavité interne de la matrice est composée d'à-peu-près autant de parois, que la face extérieure (§. 114.); mais ces parois n'ont pas toutes la même épaisseur et la même solidité ; les supérieures ont beaucoup plus de corps que les inférieures, et sont beaucoup moins compactes.

C'est dans cette disposition des parties que consistent la force spécifique et la fermeté de toute la matrice en général. (*Tab.* 3, *fig.* 2.)

117. En coupant deux fois en travers la matrice aux endroits déterminés, on a trois morceaux; le supérieur est appelé le *fond* de la matrice, celui du milieu le *corps*, et l'inférieur le *col*. (*Tab.* 3, *fig.* 2.)

118. Ces deux coupes transversales (§. 117.) déterminent le grand et le petit diamètre de la matrice; et la dernière, c'est-à-dire, celle qui sépare le col du corps, s'appelle *segment inférieur*; les deux autres parties supérieures de la matrice, restent, alors, comprises sous la dénomination de *segment supérieur*, et la ligne de division, qui est la supérieure et la plus haute, porte, quoique très-improprement, le nom d'*axe transversal* ou *petit axe de la matrice*. (*Tab.* 3, *fig.* 2.)

119. En général, on donne le nom d'*axe* à cette ligne qui parcoure longitudinalement la matrice par le milieu; mais il seroit mieux de la nommer le *grand axe longitudinal*, pour le distinguer du premier. (§. 118.) (*Tab.* 3, *fig.* 4.)

120. Dans les accouchemens naturels, l'axe de la matrice (§. 119.) approche de la circonférence de l'extrémité supérieure de l'axe du bassin, lorsqu'on le considère comme une ligne droite (§. 80.); ce qu'il est important de connoître, à cause de la déviation qu'il souffre dans les accouchemens contre nature.

121. Le segment inférieur de la matrice, ou le col (§. 117.), mérite une attention particulière. Il ressemble, par la forme, à deux cônes tronqués, unis l'un à l'autre par leur base. (*Tab.* 3, *fig.* 3.)

122. On divise encore le col de la matrice, par une section particulière, en deux cônes, dont l'inférieur est presque à moitié entouré par le vagin : on l'appelle *cône inférieur* du segment inférieur.

123. La partie la plus basse de ce cône inférieur qui

est libre dans le vagin, à laquelle on pourroit donner le nom de *portion vaginale*, est terminée à sa pointe par l'orifice de la matrice. (*Tab.* 3, *fig.* 2.)

124. On considère, en général, deux orifices au col de la matrice, un supérieur et un inférieur, ou un interne et un externe; mais on ne doit pas donner à ces dernières dénominations le sens que leur donnoient les anciens. (*Tab.* 3, *fig.* 2.)

125. Le canal qui conduit de l'orifice externe à l'interne (§. *précéd.*), s'appelle *canal du col de la matrice.* Ses rides membraneuses ont, pour ainsi dire, la forme d'un petit arbre : c'est ce que les anciens ont appelé l'*arbre de vie.*

126. L'orifice externe de la matrice est principalement formé de deux lèvres, l'une antérieure, l'autre postérieure : la première avance et descend ordinairement un peu plus bas que l'autre : du concours de ces lèvres unies l'une à l'autre, naît ce que l'on nomme la *fente transversale.* (*Tab.* 3, *fig.* 1.)

127. On remarque encore deux autres lèvres latérales à l'orifice de la matrice, mais seulement dans le tems de l'accouchement, et quand cet orifice a pris une forme circulaire. Ces lèvres latérales se remarquent non-seulement assez dans le tems de l'accouchement, mais elles méritent une attention particulière dans les accouchemens contre nature.

128. En général, on peut dire que trois ouvertures conduisent à la cavité de la matrice; l'une, située en bas, y conduit par le canal du col, et une autre de chaque côté, par le milieu des trompes. (*Tab.* 3, *fig.* 2.)

129. Les autres parties qui appartiennent à la matrice (§. 108.), sont supposées être connues, tant anatomiquement que physiologiquement; dans le cas contraire, il faudra les faire connoître. De chaque côté de la matrice, et vers son fond, sont les ligamens larges et les ronds,

les trompes de fallope et les ovaires. Ces derniers exigent la plus grande attention, à raison du rôle important qu'ils jouent dans la fécondation et la grossesse.

SECTION II.

De la Grossesse.

130. La conception et la grossesse sont le résultat d'un accouplement fécondant.

131. La grossesse, en général, ou prise dans un sens plus étendu, est une élévation du bas-ventre qui se fait peu à peu, et qui reconnoît pour cause la distension de la matrice, produite par la présence d'un corps qui a tiré son origine de l'union du mâle et de la femelle qui a précédé.

132. Par conséquent, les parties génitales de la femme, et sur-tout la matrice, sont, pendant la grossesse, dans un état bien différent de celui où elles étoient dans l'état naturel : du moment de la fécondation jusqu'au terme de l'accouchement, elles éprouvent de grands changemens.

CHAPITRE I.

Des choses remarquables dans la Grossesse, et de ses divisions.

133. La génération est le résultat de la conception d'un œuf fécondé dans l'ovaire.

134. Quelle que soit l'hypothèse d'après laquelle on suppose que se fait la fécondation de l'œuf dans l'ovaire, pour que la conception ait lieu, et que la grossesse soit véritable et heureuse, il faut que l'œuf, une fois fécondé dans l'ovaire, se détache de sa cellule, traverse les trompes de fallope, et soit apporté dans la cavité de la matrice.

Pour cela, il faut un certain tems qui n'est pas tout-à-fait indéterminé.

135. Avant que l'œuf fécondé soit parvenu dans la matrice, les parois de celle-ci se gonflent et augmentent en épaisseur. La forme de la matrice, qui, auparavant, étoit celle d'un triangle curviligne, devient ovalaire (§. 115.), et par-là même plus spacieuse et plus propre à recevoir et contenir l'œuf fécondé : la matrice est par conséquent dans un état d'activité avant de renfermer l'œuf. (*Tab.* 4, *fig.* 5.)

136. A peine l'œuf fécondé est-il parvenu dans la cavité de la matrice, qu'il y nage, pour ainsi dire, au milieu des humeurs qu'elle renferme, ou du moins l'œuf n'est-il alors uni à aucun point de la cavité de la matrice; mais aussitôt qu'il a acquis un volume suffisant pour toucher aux parois de la cavité de la matrice, il s'y unit intimément au moyen de ses fibres. Cette opération demande un certain tems qui n'est point du tout indéterminé.

137. Quoique l'œuf fécondé soit déjà parvenu dans la cavité de la matrice, et que les parois de celle-ci continuent à se tuméfier et à grossir à proportion de l'accroissement de l'œuf lui-même, ce n'est que de cette époque, jusque par la suite, que la matrice acquière la plus grande capacité, à mesure que l'œuf qui y est renfermé, prend de l'accroissement. Cela ne contribue pas peu à favoriser le développement des forces de l'œuf et son adhérence à la cavité de la matrice; ce qui prouve que la matrice jouit d'une action, et est vraiment en activité au moment de la conception.

138. Mais cet état de la matrice ne peut pas durer longtems, parce que, à mesure que l'œuf, une fois fixé à sa cavité, augmente de volume, il faut que les parois de la matrice cèdent et fassent place à l'œuf. La cavité de la matrice, autrefois circonscrite par un triangle curviligne (§. 115.), et ensuite devenue ovalaire (§. 135.), ou ayant

une forme ronde, allongée par la disparition des angles aigus, et les côtés auparavant convexes, devenus, pour ainsi dire, concaves, la cavité de la matrice, dis-je, acquière un plus grand volume sur tous les points, quoique ses parois ne cessent de devenir plus épaisses et plus souples par le plus grand afflux d'humeurs qui a lieu jusqu'au troisième mois de la grossesse, de la même manière qu'une éponge sèche que l'on trempe dans l'eau. C'est à cette époque que la matrice, du grand état d'activité où elle étoit, commence à devenir un peu passive.

139. A mesure que la grossesse fait des progrès, c'est-à-dire, de la fin du troisième mois, jusqu'à l'accouchement, l'œuf et la matrice se comportent de manière que le premier augmente de plus en plus de volume, et acquière graduellemeut un plus grand degré d'activité, tandis que le second, c'est-à-dire, la matrice, devient graduellement passive, à mesure qu'elle se dilate et augmente de volume. L'œuf étant dans un état d'action, et la matrice dans un état de réaction, mais cette action et cette réaction n'étant plus égales, celui des corps qui agit le moins, tombe plutôt dans un état passif. Les parois de la matrice deviennent de plus en plus minces et foibles, mais la matrice ne perd point l'activité dont elle jouit, en qualité de corps vivant, comme le prouve son élasticité. Par conséquent, pendant la grossesse, l'activité de l'œuf est plus grande que celle de la matrice.

140. Au reste, on ne doit pas s'étonner de la grande activité d'un corps aussi petit et aussi foible que l'est l'œuf, comparativement à la matrice. Cette activité effective de l'œuf s'explique facilement par l'incompressibilité des fluides, l'impénétrabilité des solides, démontrées par la physique, et la forme convexe de l'œuf, principalement si l'on fait attention que les fluides montent contre leur propre poids dans les tubes capillaires.

141. En outre, on doit considérer l'œuf comme un corps composé d'autant de leviers que l'on peut imaginer de

points à sa surface, et qui ont tous pour point d'appui commun, le point central de ce corps, de manière que chaque levier agit par son extrémité sur le point de la paroi de la matrice qui lui répond, de même qu'une voûte agit sur la pierre du milieu sur laquelle elle pose, et les pierres qui sont de côté sur celle-ci, parce que tous ces leviers dirigent leur action sur la matrice dans leur accroissement simultané.

142. Cependant, malgré ces puissances mécaniques, l'œuf seroit trop foible pour écarter les parois de la matrice, s'il ne le faisoit que par le moyen du sang qui s'y porte en plus grande quantité, et développe les vaisseaux; la substance de la matrice devient toujours plus souple, parce qu'elle jouit de la faculté de se dilater et de s'étendre (§. §. 135, 138.) : l'existence et l'accroissement de l'œuf, lors même qu'il se trouve situé partout ailleurs que dans la cavité de la matrice, sont une preuve évidente qu'elle jouit de cette faculté.

143. Mais quoique la matrice ait par elle-même la faculté de se dilater et de s'étendre (§. 142), jamais elle ne l'exerce sans mettre en évidence son élasticité toujours croissante (§. 139.). C'est pourquoi la force dont jouit la matrice dans l'état de vie, exerce constamment une pression proportionnée sur l'œuf.

144. Cette pression de la matrice sur l'œuf (§. *précéd.*) contribue encore au développement de celui-ci, et la circulation des humeurs dans les premiers tems, se fait d'une manière analogue à celle qui met en mouvement les humeurs dans l'œuf lors de la fécondation du poulet, c'est-à-dire, par la pression de l'air contenu à l'extrémité obtuse de l'œuf de poule, et raréfié par la chaleur de l'incubation. C'est pourquoi un œuf de poule, considéré physiologiquement, n'est, à proprement parler, qu'une matrice. Les forces vitales qui lui manquent pour se développer de lui-même, lui sont fournies par l'air, au moyen de la pression élastique qu'il exerce sur les autres matières

qui y sont renfermées. Lorsque les forces vivantes de l'œuf, c'est-à-dire, la chaleur et l'élasticité de l'air ne sont pas dans une juste proportion, la fécondation de l'œuf se fait mal; et si l'air manque, on ne doit pas espérer que le développement du poulet ait lieu.

145. Cependant la proportion d'action et de réaction de la part de l'œuf et de la matrice ne peut pas durer toujours; elle a un terme fixé par la nature. Il en est tout autrement, et les choses se passent bien différemment entre l'œuf et la matrice sur la fin de la gestation, c'est-à-dire, à l'époque de l'accouchement, lorsque l'un commence à être passif, l'autre devient actif : cela a lieu régulièrement. En outre, l'extensibilité et l'état passif de la matrice ont une borne déterminée; et lorsque la matrice est parvenue à ce terme, elle recommence à opérer et à devenir active, lorsque son orifice le permet, et qu'il est devenu la partie qui offre le moins de résistance. Par conséquent, la plus grande activité de la matrice se déploie précisément au moment où cesse sa plus grande inertie.

146. Ces propositions renferment la base des lois naturelles des forces vivantes, relativement aux parties qui coopèrent à chacune des fonctions de la grossesse et de l'accouchement. La seule proportion inégale de ces forces naturelles de la vie, considérées et employées comme puissances mécaniques, peut souvent expliquer l'irrégularité que l'on observe quelquefois, quant au terme de l'accouchement, soit qu'il ait lieu prématurément, ou qu'il soit retardé.

147. La grossesse peut beaucoup varier et être de différentes espèces : elle peut varier, quant au lieu, à la nature, à l'objet et à ses qualités.

148. La différence de la grossesse, quant au lieu, arrive lorsqu'elle se fait hors de la matrice.

149. La conception et la grossesse hors de la matrice, peuvent avoir lieu dans les ovaires, dans les trompes de

fallope, ou enfin dans la cavité du bas-ventre, et alors elle prend le nom de *conception abdominale.*

150. Si la conception a lieu, comme c'est l'ordinaire, dans la cavité de la matrice, on la nomme *vraie* ou *heureuse*; lorsqu'elle arrive dans quelque autre endroit (§. 143), ce qui est très-rare, on l'appelle encore *grossesse vraie*, mais *malheureuse.*

151. L'une et l'autre de ces espèces de grossesse peuvent être formées par un corps vivant ou par un corps mort; le premier peut être un fœtus bien ou mal formé, le second une excroissance, ou plutôt un corps entièrement étranger, auquel on donne ordinairement, quoique très-improprement, le nom de *môle.*

152. On distingue la première espèce de grossesse, que l'on nomme *vraie*, de l'autre que l'on appelle *fausse*: celle-ci a aussi ses variétés.

153. On appelle *grossesse mixte*, celle dans laquelle le corps se trouve situé ailleurs que dans la matrice, lorsque la grossesse est véritable.

154. La grossesse mixte (§. *précéd.*) n'est le plus souvent qu'une disposition à la grossesse de jumeaux.

155. Enfin, la vraie grossesse est encore simple ou composée, c'est-à-dire, formée de deux ou de trois jumeaux.

156. La grossesse composée de plusieurs fœtus, a lieu lorsque deux ou plusieurs œufs de l'un ou des deux ovaires sont fécondés et transmis à la matrice en même tems, ou à quelque distance l'un de l'autre.

157. La superfétation ne peut avoir lieu que dans une matrice double; mais la superfécondation peut arriver dans les premiers jours, même dans une matrice simple. Sans cela, comment verroit-on si souvent des grossesses de jumeaux?

158. Au reste, le cas de matrice double étant un phénomène extrêmement rare, on conçoit que la véritable superfétation doit l'être encore plus.

159. Une structure aussi singulière de la matrice est

ordinairement accompagnée de défauts originaires dans quelques-uns des organes de la femme.

160. Il y a des indices ou signes particuliers, au moyen desquels on reconnoît la grossesse simple et celle composée de plusieurs jumeaux.

CHAPITRE II.

Des signes de la Grossesse simple.

161. Les signes de la grossesse en général, sont ou certains et pathognomoniques, ou incertains, c'est-à-dire, communs et rationnels.

162. Les signes incertains de la grossesse ne sont que des accidens morbifiques qui nous induisent en erreur en nous faisant croire à l'existence de la grossesse.

153. Les accidens morbifiques, considérés comme signes de la grossesse dans le commencement, se manifestent ou dans la matrice elle-même, ou autour d'elle, et sur-tout dans les premières voies; quelquefois ils affectent tout le corps, d'autres fois seulement quelques-unes de ses parties. Ils ont lieu avant le milieu de la grossesse et se manifestent, ou par une irritabilité inaccoutumée des nerfs, ou par la pléthore, par la suppression des règles, ou enfin, du milieu à la fin de la grossesse, par la pression de la matrice tuméfiée sur les vaisseaux sanguins, et par la difficulté avec laquelle le sang circule dans la région abdominale.

164. Les principaux signes de la grossesse sont, en général, un dégoût, une lassitude dans les membres accompagnée de douleurs, certaine altération dans l'esprit et le corps, comme si on étoit menacé d'une maladie grave, une sensation importune et douloureuse au bas-ventre, qui fait que la femme souffre avec peine la pression des habits, le dégoût pour les alimens accoutumés, le désir

de choses extraordinaires, la perte d'appétit, le mal-être, le vomissement, le mal de tête, de dents; la difficulté d'uriner, une chaleur passagère, des vertiges, des évanouissemens : quelques-unes ont le visage pâle, les yeux excavés avec un cercle livide à l'entour; d'autres sont languissantes et accablées de sommeil; il leur vient des pustules au visage ou des taches jaunes sur le front. Le plus important de tous les signes, quoiqu'il ne soit pas le plus certain, est la cessation de l'écoulement du flux menstruel.

165. Quelques auteurs donnent, comme presqu'infaillibles, certains signes qu'ils prétendent que l'on observe pendant l'accouplement, ou peu après; mais ces prétendus signes ne sont que des conjectures peu sûres, et plus sujettes à tromper que les signes incertains eux-mêmes.

166. Les signes certains de la grossesse se déduisent des changemens qui arrivent à la matrice; ils sont sensibles au tact et à l'examen.

167. Ces signes, ainsi que l'examen lui-même, sont de deux espèces, externes et internes.

168. Parmi les premiers, outre la tumeur dure et circonscrite que forme la matrice distendue, et qui est sensible à certaine époque, le signe le plus infaillible est le mouvement du fœtus dans le sein de la mère, vers le milieu de la grossesse et par la suite.

169. Les autres signes extérieurs de la grossesse sont le gonflement du bas-ventre et celui des seins.

170. Les changemens qu'éprouve la matrice dans l'état de grossesse, considérés comme signes internes et certains (§. 166.), se cherchent et se remarquent avec le doigt.

171. Voici quelle est la différence d'une matrice dans l'état de grossesse et dans l'état naturel : le col de la matrice, dans les trois premiers mois de la grossesse, se trouve plus bas dans le bassin, et se rencontre en arrière, plus près de l'entrée du vagin; le ventre paroît aussi un peu plus abaissé; quoique de semblables apparences puissent

être l'effet d'une disposition particulière et naturelle des parties ou de quelque autre accident morbifique.

172. Hippocrate a posé pour principe, que, dans l'état de grossesse, l'orifice de la matrice étoit fermé; mais outre que les anciens n'avoient pas des idées bien justes sur l'orifice ou la bouche de la matrice, c'est qu'ils n'étoient point exercés au toucher. Ce signe a ses exceptions, comme on le remarque chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans, et chez celles qui n'ont pas encore été enceintes. Par conséquent, ce signe est nul par lui-même.

173. Celui qui a bien appris à connoître les propriétés du cône inférieur du col de la matrice, pourra facilement, d'après le changement qu'éprouvent son volume et sa consistance, avoir un signe à-peu-près certain de la grossesse, parce que cette partie acquière promptement un plus gros volume en même tems qu'elle diminue de consistance.

174. Ce n'est cependant pas que l'augmentation de volume du cône inférieur ou de la portion vaginale du col de la matrice, au commencement de la grossesse, et la diminution de dureté au troisième mois, continuent d'être en proportion égale dans tous les tems de la gestation; car la portion vaginale devient plus souple (§. 125) vers la fin de la grossesse, en même tems qu'elle perd de son épaisseur.

175. Le ramollissement du segment inférieur de la matrice, principalement du cône inférieur ou portion vaginale (§. *précéd.*), et l'ouverture qui arrive ensuite spontanément de l'orifice de la matrice, en suivant l'ordre naturel, se font de dehors en-dedans.

176. Le doigt porté au fond du vagin, on sent dans la paroi antérieure du segment inférieur de la matrice, au troisième mois de la grossesse, une tumeur molle, hémisphérique, qui fournit un indice non moins certain de l'état de grossesse.

177. La lèvre antérieure de l'orifice de la matrice qui avance un peu plus que la postérieure, et se prolonge davantage

davantage en bas (§. 126.), se trouve raccourcie à cette époque (§. *préc.*), ou plutôt la postérieure s'allonge, ce qui est plus probable, de manière que les deux lèvres forment un plan égal. Ce signe est assez ordinairement certain, du moins chez les femmes enceintes pour la première fois; mais il n'est pas constant chez celles qui ont eu plusieurs enfans.

178. Le signe le moins équivoque de grossesse, est le changement qui survient à la fente de l'orifice de la matrice, qui, de triangulaire qu'elle étoit, prend une forme circulaire. Cela peut s'observer d'assez bonne heure; cependant on ne voit pas que personne en ait jusqu'à présent fait la remarque. Ce signe a lieu, non-seulement dans la première grossesse, mais même dans les suivantes, quoiqu'un peu plus tard et d'une manière un peu moins parfaite. (*Tab.* 3, *fig.* 8.)

179. Ces mêmes phénomènes (§. §. 177, 178.) et surtout si la fente transversale de l'orifice de la matrice est si étroitement resserrée en rond, qu'elle égale à peine le volume d'une lentille, et ne forme qu'un très-petit trou, et si ce trou est lisse, étroit, et pour ainsi dire, entièrement fermé; ces phénomènes, dis-je, indiquent d'une manière certaine la première grossesse; parce que chez les personnes qui en ont eu plusieurs, la fente transversale de l'orifice de la matrice ne prend pas une forme aussi exactement circulaire, et n'est pas si petite; mais la circonférence en est inégale, et l'orifice externe de la matrice reste en partie ouvert comme un petit entonnoir, de manière que l'on peut introduire la pointe du doigt dans le canal du col de la matrice, comme dans un dé à coudre.

180. On parvient quelquefois, dans les premiers mois, à décider la réalité de la grossesse par le moyen de ces signes, d'ailleurs certains (§. §. 172, 177, 178.), aussi difficilement chez les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfans, qu'on le fait avec plus de facilité chez celles qui sont enceintes pour la première fois. (§. 179.)

181. Lorsque la femme n'est pas enceinte pour la première fois, on le reconnoît à l'état de la partie inférieure du cône inférieur ou de la portion vaginale (§. 123.), dont le volume reste, dans ce cas, toujours plus gros que chez les personnes qui n'ont pas été enceintes, ou qui le sont réellement pour la première fois (§. 173.), quand même les autres signes (§. §. 177, 178, 179.) ne seroient pas décisifs.

182. Ce signe (supposé que l'on connoisse bien la grosseur naturelle de la portion vaginale qui s'avance en bas dans le vagin) ne manque jamais, même quand après un accouchement prématuré, le frein des lèvres est resté intact; et souvent par la circonférence très-étendue de la portion vaginale, et par les déchiremens que présente l'orifice de la matrice, on peut prononcer que la femme a été enceinte et a eu plusieurs enfans.

183. Si une femme avoit naturellement l'orifice de la matrice conformé comme il l'est dans les premiers mois de la première grossesse (§. §. 182, 183, 184.), on pourroit en conclure qu'elle n'est pas apte à la génération, parce que ce phénomène suppose toujours une difformité qui reconnoît ordinairement pour cause un vice caché de la matrice provenant de naissance ou de quelque maladie.

184. Les signes que nous avons rapportés qui caractérisent la première grossesse (§. 179.), peuvent se rencontrer jusqu'au dernier mois, et même jusqu'aux approches de l'accouchement chez celles qui sont enceintes pour la première fois; dans ces cas, l'orifice de la matrice est ordinairement mince comme une carte, tandis que le contraire a lieu chez celles qui l'ont déjà été plusieurs fois, chez lesquelles il est toujours plus gros, outre les autres irrégularités qu'on y remarque.

185. Aussitôt que la matrice s'est portée du petit bassin dans le grand, et qu'elle commence à tuméfier plus sensiblement le ventre, on distingue souvent alors, avec assez de facilité, une tumeur en-dehors, circonscrite,

dure, formée par la matrice distendue par le fœtus entre les os du bassin et le nombril, ce qui constitue un signe non équivoque de grossesse. (§. 179.)

186. Immédiatement ou peu après le milieu de la grossesse, on sent manifestement en-dehors, les mouvemens du fœtus dans la matrice; preuve incontestable de la vraie grossesse.

187. Enfin, dans les derniers mois, au lieu de l'éminence molle et hémisphérique que l'on sentoit auparavant, on touche avec le doigt la tête du fœtus qui se présente en avant, et qui, dans le commencement, est encore assez mobile, ce qui est un signe aussi certain de grossesse, que le mouvement même du fœtus dans la matrice. Ce phénomène présente naturellement, à cette époque, un genre de divertissement assez semblable à celui des petits diables de Descartes en physique.

CHAPITRE III.

Des signes de la Grossesse de Jumeaux.

188. La grossesse de jumeaux, qui est toujours plus difficile à reconnoître que la grossesse simple, a, comme elle, ses signes douteux et ses signes certains.

189. Les signes douteux sont tous les symptômes de la grossesse simple (§. 164), avec cette différence qu'ils se développent plutôt et avec plus de force.

190. Les signes certains de la grossesse de jumeaux se manifestent en partie pendant la grossesse, principalement vers sa fin, et en partie dans le tems de l'accouchement.

191. Pendant la grossesse, on observe les signes suivans: 1°. A peine le milieu de la grossesse est-il arrivé, que la femme a le ventre aussi volumineux que si elle approchoit du terme; 2°. le mouvement du fœtus se fait sentir, en

général, plus souvent, et souvent en différens endroits en même tems; 3°. le gonflement des jambes arrive plutôt et est plus considérable que dans les grossesses précédentes; 4°. le ventre est ordinairement divisé en deux parties égales, et suivant sa longueur, par un sillon, quelquefois un peu obliquement; 5°. le ventre s'abaisse un peu, et quelquefois point du tout, et l'accouchement se fait ordinairement un peu avant le terme fixé par la nature pour les grossesses simples; 6°. la tête ou quelqu'autre partie du fœtus reste très-élevée et mobile jusqu'au commencement de l'accouchement.

192. On peut cependant très-facilement être induit en erreur par l'abondance des eaux, par l'obliquité du corps du fœtus, et par sa grosseur; d'où il résulte, en général, que dans ce cas comme dans la théorie médicale des signes des maladies, ce n'est que la réunion de plusieurs signes, ou même de tous, qui peut servir de preuve irréfragable.

193. Les signes certains au tems de l'accouchement (§. 190.) sont ceux qui se manifestent immédiatement après la sortie du premier jumeau. Ils sont les moins équivoques de tous, et se reconnoissent bientôt au tact, comme nous l'avons dit (§. §. 190, 191, 192.), tant intérieurement qu'extérieurement : dans ce cas, le ventre reste élevé et dur, et présente une espèce de seconde vessie, dans laquelle on distingue communément les membres du fœtus.

194. Les trijumeaux se distinguent aux mêmes signes (§. 193.) plus fortement prononcés.

195. De même que, par les changemens qui arrivent à la matrice dans l'état de grossesse, on reconnoît cette même grossesse, et on en confirme la réalité au moyen des autres changemens subséquens; de même aussi on peut, à l'aide du tact, rechercher et déterminer avec une certaine précision l'époque de la grossesse. Mais, pour cela, il faut être très-exercé dans l'art du toucher.

CHAPITRE IV.

Du Toucher et de ses avantages.

196. DANS l'art des accouchemens, on appelle *toucher*, une opération, par le moyen de laquelle nous nous mettons à même de reconnoître, par les sens, la disposition et la situation des parties génitales de la femme, celles du fœtus dans la matrice, la grossesse et ses époques, ainsi que tous les objets qui y ont quelque rapport.

197. On distingue en général le toucher en externe et en interne. Le premier consiste à palper le ventre avec la main; le second à toucher l'orifice de la matrice avec le doigt introduit par le vagin.

198. Le toucher externe ou abdominal est presque aussi utile que l'interne; quelquefois l'un ou l'autre suffit; mais il est plus sûr de les employer tous les deux, l'interne servant souvent de preuve à l'externe, et celui-ci affirmant ou infirmant quelquefois les notions que donne le premier.

199. D'après Steidele, on divise le toucher interne en parfait et en imparfait, selon que l'on introduit toute la main ou un doigt seul.

200. Depuis que l'on a examiné plus attentivement les dimensions du bassin, et que, d'après la méthode de Hensler, on est parvenu à les prendre avec des instrumens particuliers, on divise encore le toucher en manuel et en instrumental. Par toucher manuel, on entend celui qui se fait avec la main entière, ou avec le doigt seulement.

201. Le toucher le plus usité jusqu'à présent, le toucher interne ou utérin qui se fait avec le doigt, est extrêmement utile et avantageux dans la pratique des accouchemens: on l'exécute au moyen des doigts indicateur et

du milieu introduits en-dessous, vers le milieu des grandes lèvres, dans l'orifice du vagin; on les porte ensuite un peu recourbés dans le vagin lui-même, de manière que le pouce réponde au pubis, et que l'annulaire et l'auriculaire soient étendus vers le périné; ainsi on parvient à l'orifice de la matrice.

202. Par ce procédé, on parvient, en général, plus haut, parce qu'on comprime et porte en arrière le périné par l'espèce de fourchette que forment l'annulaire et l'auriculaire, ce qui donne la facilité d'atteindre à un point plus élevé du vagin avec le doigt du milieu, comme il est facile d'en acquérir la preuve mathématique.

203. Par conséquent, avec l'indicateur seul, comme le conseillent Rœderer et quelques autres, on ne peut pas parvenir aussi en haut, sur-tout si l'on plie les autres doigts dans la paume de la main, procédé en même-tems douloureux pour la femme, embarrassant et insuffisant pour l'accoucheur.

204. D'ailleurs un seul doigt est insuffisant, car toutes les fois que l'on touche de cette manière un corps que l'on veut examiner sur un seul point, en changeant plusieurs fois de place l'extrémité du doigt, le tact se perd en touchant auparavant d'autres parties que celles que l'on a intention de connoître.

205. Le même inconvénient a lieu, si l'accoucheur se sert des doigts indicateur et du milieu de la même manière, c'est-à-dire, en pliant les autres.

206. Au reste, quand il ne s'agit que du toucher, on ne doit jamais introduire toute la main dans le vagin (§. 199.); pourvu qu'il ne soit pas nécessaire d'examiner en même-tems les parties voisines, de retourner le fœtus, ou d'exécuter toute autre opération.

207. La position à donner à la femme que l'on veut toucher, ne peut et ne doit pas toujours être la même; mais elle doit varier selon les circonstances, et selon l'état et la situation des parties génitales. (§. 61.)

208. Il y a, en général, deux positions à donner à la femme : elle peut être debout ou couchée; dans ce dernier cas, elle peut être couchée sur le dos, sur le côté ou sur le ventre.

209. Dans quelques cas, on exerce doublement le toucher, en posant une main sur le ventre de la mère en même-tems que l'on touche les parties internes avec l'autre, introduite dans le vagin.

210. Le toucher est d'un très-grand avantage dans les maladies des parties génitales, comme aussi pour décider de la grossesse, de ses tems, et pour la pratique des accouchemens.

211. Ainsi, par exemple, pour ce qui a rapport à la pratique des accouchemens, on reconnoît, au moyen du toucher, 1°. si le bassin est bien ou mal conformé; 2°. si les douleurs ont lieu ou non; 3°. si elles sont vraies ou fausses; 4°. Si l'accouchement est prochain ou éloigné; 5°. s'il est commencé; 6°. s'il avance; 7°. si les eaux sont sorties; 8°. si l'accouchement s'effectuera de bonne heure, ou s'il ne se fera que plus tard; 9°. s'il sera facile ou difficile; 10°. naturel ou contre nature; 11°. si la matrice est dans une direction droite ou oblique; 12°. si la femme doit accoucher avant terme; enfin, s'il y a deux jumeaux.

212. Dans le tems de la grossesse, on découvre, par le moyen du toucher, 1°. si la femme est réellement enceinte (§. 171 *et suiv.*); 2°. si elle l'est pour la première fois (§. 179.), et 3°. de combien est avancée la grossesse.

213. Enfin, sans le toucher, il est aussi difficile de reconnoître les vices de la matrice, de son col, du vagin, du rectum, de la vessie, que d'y remédier; quelquefois même ces vices exigent un double toucher, c'est-à-dire, par le vagin et par l'anus en même-tems.

CHAPITRE V.

Du calcul des tems de la Grossesse.

214. D'APRÈS les lois de la nature, l'accouchement a lieu chez l'espèce humaine, de même que chez les animaux, au bout d'un tems fixe et déterminé, et ce tems arrive au terme de neuf mois solaires, ou mieux, de dix mois lunaires : en comptant quatre semaines pour chaque mois lunaire, et sept jours par semaine, ce qui fait en tout quarante semaines ou deux cent quatre-vingt jours.

215. Pour avoir un nombre juste, il vaut mieux s'en tenir au calcul des anciens mois lunaires ; on compte plus sûrement d'un mois à l'autre, en retenant quatre semaines ou vingt-huit jours par chacun : ainsi la première et la dernière moitié de la grossesse, sont chacune de vingt semaines, et le terme entier est de quarante.

216. On peut diviser le cours de la grossesse en quatre époques ; la première se prend de la cessation des règles ; le mouvement du fœtus dans le sein de la mère forme la seconde ; la troisième a lieu lorsqu'on commence à sentir la tête de l'enfant ; enfin, l'accouchement termine la quatrième.

217. La première époque se remarque ordinairement vers la fin du premier mois, et a coutume de servir de base pour commencer le calcul. La seconde a lieu vers le milieu de la grossesse, ou vers la fin du cinquième mois. La troisième se manifeste à la fin du septième mois ; et la quatrième, qui forme le terme de la dernière moitié et de tout le calcul, a lieu avec l'accouchement, à la fin du dixième mois.

218. L'accouchement arrive donc dans la dixième période quadragésimale, en commençant à compter de la dernière apparition des menstrues, quoique l'expérience

apprenne que les femmes enceintes pour la première fois, parviennent rarement au complément du terme total ; comme aussi une mauvaise position du fœtus, ou sa mort peu avant l'accouchement, peuvent apporter une différence dans le calcul.

219. Les femmes, soit qu'elles comptent par mois solaires ou lunaires, calculent la grossesse ou du commencement, ou du milieu, et fixent pour cela l'époque de la première cessation des règles, ou celle où elles sentirent, pour la première fois, le mouvement de l'enfant.

220. Le calcul pris de l'une ou de l'autre de ces deux époques, et sur-tout de la seconde, n'est pas toujours exact. Il n'est pas rare de voir des femmes accoucher quelques semaines plutôt ou plus tard qu'elles ne croyoient, d'après leur calcul.

221. C'est-à-dire : quelques femmes sentent le mouvement de l'enfant tantôt avant, et tantôt après la vingtième semaine, et cette différence induit facilement en erreur dans un calcul qui dépend ou d'une impression imaginaire et trop aiguë, ou douteuse et à peine sensible.

222. D'ailleurs, le premier mouvement sensible du fœtus peut avancer ou retarder de plusieurs semaines ; mais, dans ce cas, les femmes qui ont de l'usage, savent ajouter ou diminuer, parce que, autant elles l'ont senti plutôt qu'elles ne devoient, en comptant de la première époque, autant ensuite elles sont de tems sans le sentir, *et vice versâ*.

223. Mais il est plus facile encore que la femme se trompe dans son calcul, quand les règles n'ont pas cessé immédiatement après le commencement de la grossesse.

224. Dans ce cas, lorsque le premier mouvement de l'enfant ne rectifie pas l'erreur, elle ne peut l'être que par le toucher.

225. En effet, chez certaines femmes, les règles continuent de couler, quoiqu'en moindre quantité, jusques vers le milieu de la grossesse, et quelquefois même plus

long-tems. Dans ce cas cependant le sang ne vient point du lieu accoutumé, mais bien du col de la matrice; et il est rare que les règles continuent de couler au-delà du septième mois.

226. Chez d'autres, au contraire, il survient vers cette époque une perte de sang qui augmente toujours, et qui est de toute autre espèce que celle qui arrive dans les premiers tems de la grossesse, parce qu'elle dépend de l'insertion du placenta à l'orifice interne de la matrice.

227. Il n'est pas impossible, il est même facile (d'après les paragraphes 225, 226.), d'expliquer comment cette perte peut avoir lieu, après le premier mois de la grossesse, la femme étant, pendant toute la grossesse, dans un état tel que, pendant les derniers mois, elle perd incomparablement plus de sang que pendant les premiers.

228. Plusieurs femmes ont remarqué en elles-mêmes ce signe infaillible de commencement de grossesse; c'est, lorsque peu après avoir eu leurs règles, elles voient paroître de nouveau un flux de sang plus ou moins abondant, ou que ce flux a paru huit jours ou plus, avant l'époque accoutumée.

229. Mais quoique cela arrive chez quelques femmes, il n'en est pas moins vrai que le sang ne provient pas de la même partie de la matrice dans les deux cas (§. 134.). Il est facile de concevoir le motif pour lequel le sang n'entraîne pas avec lui dans son flux le petit œuf, comme cela paroîtroit devoir arriver toujours.

230. On conçoit aisément par-là, que la conception peut avoir également lieu avant et après les règles.

231. Les femmes ne se trompent guère pour ce qui regarde le flux menstruel, lorsqu'elles se rappellent de la dernière fois qu'elles ont eu leurs règles de la manière accoutumée; cela leur suffit pour déterminer avec précision le terme de la grossesse, l'accouchement devant avoir lieu dans la dixième période quadragésimale, en

comptant du commencement de la dernière apparition du flux menstruel.

232. Les accouchemens avant terme, ceux qui sont prématurés, ainsi que les tardifs, dépendent le plus ordinairement des périodes du flux menstruel.

233. Une femme peut, en quelque sorte, accoucher huit ou quatorze jours avant la fin de la quarantième semaine, lorsque l'époque de la fécondation est calculée sur le dernier flux menstruel; mais, d'après ce que nous avons dit (§. 222.), on ne peut presque pas se tromper d'un seul jour dans le calcul de l'accouchement, car autant il manque de tems de cette manière, autant le fœtus est éloigné d'être à terme, et ce n'est point à la totalité du terme de l'accouchement qu'il manque du tems.

234. De la même manière, c'est-à-dire, lorsque l'instant de la fécondation est calculé d'après le dernier flux menstruel, une femme peut accoucher huit jours ou plus après la quarantième semaine; mais, dans ce cas, le tems qu'il y a de plus est pris sur le compte du fœtus, et non point sur le terme complet de l'accouchement.

235. Il est facile de trouver des exemples de ces deux cas; la pratique en fournit assez fréquemment.

236. En comptant de l'époque de l'accouchement en remontant, on peut bien déterminer avec précision celle de la dernière menstruation, mais non pas le jour précis de la fécondation.

237. On dit encore à cet égard, que les enfans mâles viennent au monde huit jours ou plus avant les enfans femelles; mais on ne voit pas sur quoi cette opinion, que la raison combat, pourroit être fondée; car un sexe plutôt qu'un autre ne peut pas rendre l'accouchement plus ou moins facile, plus ou moins prématuré.

238. Mais il est prouvé par le raisonnement, et l'expérience le confirme tous les jours, que les femmes enceintes pour la première fois, et celles qui portent deux ou plusieurs enfans, accouchent plutôt que les autres.

CHAPITRE VI.

Des changemens ultérieurs qui surviennent à la Matrice jusqu'à l'époque de l'accouchement.

239. Outre les changemens que nous avons indiqués (§. 171 *et suiv.*), il en arrive encore d'autres qui sont autant de signes de la grossesse, et qui ont lieu pendant les autres mois dans la matrice : on peut les observer tant intérieurement qu'extérieurement.

240. Le premier changement qui se manifeste à l'extérieur, est l'élévation du ventre qui commence à avoir lieu après le troisième mois; avant ce terme, le ventre avoit été en quelque sorte plus aplati qu'à l'ordinaire.

241. Cette distension devient de plus en plus sensible, de manière qu'au cinquième mois, vers le milieu de la grossesse, on distingue sensiblement une tumeur circonscrite, dure, formée par la matrice distendue par le fœtus, à travers les tégumens communs du bas-ventre, entre les os pubis et l'ombilic.

241. Cette tumeur circonscrite et dure, formée par la matrice, augmentant toujours, le ventre se distend beaucoup plus dans les mois suivans de la grossesse, de manière que le sommet de la voûte de la matrice se trouve, dans le sixième mois, vis-à-vis l'ombilic; dans le septième, deux doigts plus haut; dans le huitième, il parvient jusqu'à l'espace moyen entre l'ombilic et le creu de l'estomac, auquel il parvient dans le neuvième mois, et d'où il s'abaisse ensuite dans le dixième, pour rester à la hauteur à laquelle il étoit parvenu sur la fin du huitième mois. (*Tab.* 4 *et* 5.)

243. On peut donc, dans les cas naturels, non-seulement reconnoître la grossesse extérieurement, mais même déterminer encore ses différens tems; quoiqu'il arrive

quelquefois, lorsqu'on s'en rapporte aux seuls signes extérieurs, qu'au septième mois, la convexité du fond de la matrice s'élève jusqu'à l'endroit où on la trouve ordinairement pendant le huitième et même pendant le neuvième mois; ce qu'on reconnoît facilement par le toucher interne, à cause de la grande différence que présente la disposition des parties.

244. Passé le milieu de la grossesse, la matrice ne peut s'élever et s'étendre dans le bas-ventre, sans que la forme de l'ombilic ne change en même-tems; aussi, vers le septième mois, perd-il la petite fossette qu'il forme dans l'état ordinaire, et devient-il aplati; dans le huitième mois, il commence à se porter en-dehors à sa partie supérieure; dans le neuvième, il s'y porte aussi inférieurement, et dans le dixième, il est dans le plus haut degré de proéminence.

245. C'est ainsi que les choses se passent chez les femmes enceintes pour la première fois, quand l'ombilic est bien conformé; chez celles au contraire qui ont déjà été enceintes plusieurs fois, les mêmes mutations de l'ombilic ont lieu un mois plutôt, toutes choses égales d'ailleurs.

246. La matrice parvient d'autant plus aisément à opérer ce changement de l'ombilic, que les intestins, à mesure que la matrice s'élève, se placent de manière que, depuis le milieu de la grossesse jusqu'à sa fin, il ne s'en trouve aucun entre la matrice et les muscles du bas-ventre.

247. Par conséquent, on n'observe pas chez les femmes enceintes pour la première fois, comme chez celles qui l'ont déjà été plusieurs fois, le même changement dans l'ombilic, tant par rapport au tems que par rapport à la forme (§. 244, 245.); quoique chez toutes, depuis le milieu de la grossesse, l'ombilic se porte plus en haut, à moins que la femme n'ait le ventre très-pendant, auquel cas on remarque précisément le contraire.

248. L'affaissement de la matrice se fait en beaucoup

moins de tems que son extension ; la première est à l'autre dans une proportion très-inégale : malgré la diminution relative des eaux du fœtus dans les trois derniers mois de la grossesse, la matrice acquiert presque autant de volume que dans tous les mois précédens, quoique, dans le dernier mois, l'augmentation de la matrice, à raison de son abaissement et de la plus grande diminution des eaux, n'en soit que plus sensible ; aussi le ventre qui est abaissé, se trouve-t-il moins proéminent et moins distendu.

249. Or donc, l'élévation de la matrice dans l'état de grossesse étant en proportion inégale avec son abaissement dans le ventre (§. 248.), c'est-à-dire, comme 6 est à 1, l'extension de la matrice dans le même état, par rapport aux premiers et derniers mois de la grossesse, est dans une proportion bien différente, c'est-à-dire, comme 7 est à 3.

250. Dans les trois premiers mois de la grossesse, la matrice, à raison de son poids, se porte toujours plus profondément dans le petit bassin, où elle continue d'augmenter de volume ; alors il est facile de toucher l'orifice de la matrice avec le doigt (§. 171) ; mais, au contraire, dans les mois suivans, la matrice s'élève, parce le petit bassin manque d'espace pour la contenir ; elle s'étend et se porte toujours plus en haut (§. 242.), ce qui fait que l'orifice de la matrice s'éloigne de celui du vagin, et qu'il est plus difficile d'y parvenir avec le doigt, ce qui a lieu jusqu'au dernier mois, pendant lequel la matrice s'abaissant, elle s'approche davantage, et revient au point où elle étoit dans le troisième mois.

251. Cela veut dire que, plus la matrice, après le troisième mois de la grossesse, s'étend et se porte en haut dans le bas-ventre (§ 242.), plus son orifice s'étend et s'éloigne de celui du vagin.

252. Et plus la matrice, dans l'état de grossesse, s'élève dans le ventre (§. 251.), plus son fond se porte en avant. (*Tab.* 5.)

253. Quelquefois plus le fond de la matrice, toujours dans l'état de grossesse, se porte en avant, plus son orifice se trouve déjeté en arrière.

254. Par conséquent, dans l'état de grossesse, l'axe de la matrice varie de mois en mois, de manière qu'après le milieu de la grossesse, il se rapproche de celui du bassin, mais dans le dernier, il forme le plus communément, avec l'horizon, un angle plus aigu que l'axe même du bassin. (*Tab.* 5.)

255. La matrice étant portée à son plus haut degré de hauteur dans le huitième et le neuvième mois de la grossesse, elle se dérobe plus que dans tout autre moment à nos recherches.

256. La paroi supérieure que forme le fond de la matrice, est la partie la plus épaisse, mais en même tems la moins dense, parce que son tissu est plus rare (§. 116.); aussi le fond est-il la partie qui se distend davantage et le plutôt.

257. Les parois du corps de la matrice sont moins épaisses, mais plus solides (§. 116.) que celles du fond; par conséquent, le corps se dilate moins et plus tard que le fond.

258. Le col de la matrice, qui est la partie la moins épaisse, est cependant celle qui jouit de plus de force (§. 116.); elle est aussi celle qui se dilate le moins et le plus tard.

259. Cependant la force des diverses parties de la matrice dépend de l'épaisseur et de la solidité proportionnées de ses parois (§. 116.), et elle est telle que la matrice, douée d'ailleurs d'une force propre qui lui est fournie par le sang qui y aborde régulièrement en plus grande quantité, devient plus souple, se dilate davantage, et peut s'étendre graduellement de haut en bas, (suivant en cela les lois de son resserrement lors des douleurs de l'enfantement), sans que ces propositions (§. §. 256, 257, 258) soient contraires aux principes d'une saine physique.

Car il ne suffit pas qu'une chose soit plus grosse qu'une autre pour avoir plus de force; l'une, au contraire, peut offrir une plus grande résistance et s'étendre plus tard que l'autre.

260. Comme cependant le corps de la matrice contribue à la distension de son fond (§. 259.), de même aussi le col contribue à son tour à celle du corps (§. 259.), de manière que le canal devient toujours de plus en plus court, jusqu'à ce qu'enfin il disparoît entièrement. (*Tab.* 4 *et* 5.)

261. Cependant, avant que cette partie du col de la matrice, connue sous le nom de *segment inférieur du cône inférieur*, ou de *portion vaginale*, qui s'avance par sa pointe libre dans le vagin, consacre une portion de sa propre substance à la dilatation de tout le segment inférieur, ou qu'elle commence à s'effacer, on sent déjà en-devant, la partie supérieure du col de la matrice distendue et enflée en-dedans et à travers la paroi antérieure du vagin, vers son fond, la tête du fœtus très-mobile, presque comme une noix dans sa coque. (*Tab.* 4 *et* 5.)

262. Peu après le segment inférieur du cône inférieur, libre en partie dans le vagin, ou sa portion vaginale (§. 123.), doit contribuer pour sa part au parachevement de la dilatation. Pour cela, il devient toujours plus court, et se perd presque, de manière que, par la suite, il n'a plus que la forme d'un petit cercle. (*Tab.* 5.)

243. Alors tout le segment inférieur de la matrice s'offre au doigt porté au fond du vagin, sous la forme d'un petit hémisphère; et la tête du fœtus, devenue plus pesante, et située plus en bas, se place dans le segment inférieur, qui est dilaté, comme dans un bonnet. (*Tab.* 4 *et* 5.

264. Enfin, l'orifice de la matrice est en partie employé à la dilatation du col, c'est-à-dire, que le petit cercle s'efface (§. 262.) peu-à-peu, et l'orifice de la matrice commence ensuite à s'ouvrir. Toute l'étendue du canal du col de la matrice ou la distance de l'orifice supérieur à l'inférieur, se

se trouve alors réduit à la grosseur de quelques lignes, de même que la substance du segment inférieur. (*Tab.* 5.)

265. Les parois du segment supérieur de la matrice, c'est-à-dire, le fond réuni au corps, sont alors, par rapport à la grossesse, en proportion avec celles du segment inférieur (§. 256 *et suiv.*); à cela près cependant que la matrice a toujours plus d'épaisseur à l'endroit où s'implante le placenta; le col de la matrice, ainsi que son orifice, se trouvent alors avoir perdu, à proportion, davantage de leur épaisseur. (*Tab.* 4 *et* 5.)

266. On a souvent agité la question de savoir si la matrice, généralement parlant, est plus épaisse ou plus mince dans l'état de grossesse que dans l'état naturel. Les partisans de chacune de ces opinions, ont tort et raison, relativement aux différentes époques de la grossesse. (*Tab.* 5.)

267. Les autres changemens qui arrivent en particulier aux ligamens ronds pendant la grossesse, ne méritent pas moins nos considérations, quoiqu'on ne puisse pas les reconnoître au toucher. Ils servent à prouver la vérité de ce qui a été dit (§. §. 256, 257, 258.) (*Tab.* 5.)

268. De même on ne peut pas découvrir avec le doigt les changemens qui surviennent intérieurement au fond et au corps de la matrice : ceux du col sont les seuls sensibles au doigt qui reconnoît principalement sa partie antérieure qui est dilatée, et intérieurement la tête du fœtus qui est souvent très-mobile (§. 261.). Cet état de choses ne se rencontre cependant pas avant la fin du septième mois, car avant que la tête du fœtus soit la seule partie qui s'avance antérieurement sur le col de la matrice, on ne peut la sentir bien distinctement, ni remarquer que le col même de la matrice est déjà suffisamment dilaté et a pris la forme d'un petit hémisphère (§. 263.).

269. N'y ayant donc aucun changement notable dans le col de la matrice (§. 226.) avant la fin du septième mois, l'hémisphère (§. 257.) ne commence à se former que dans le huitième, et c'est alors seulement qu'on peut

bien le distinguer avec le doigt; et quoique le milieu du cône inférieur soit alors immuable, la tête, devenue longue et aiguë à mesure qu'elle avance dans le vagin, peut désormais se sentir plus distinctement (§. §. 261, 268.), puisqu'elle est alors plus pesante.

270. Mais si cet hémisphère (§. 263.) est déjà parfaitement formé dans le neuvième mois, on remarque que la portion du cône inférieur, qui auparavant s'alongeoit et s'avançoit en pointe dans le vagin, est disparue, et qu'il n'en reste plus que le petit cercle (§. 262.) : tandis qu'au dixième mois, la tête, qui forme un poids plus lourd sur l'orifice de la matrice, et se porte davantage dans le petit bassin, n'est plus aussi mobile (§. 261.), et se touche avec beaucoup plus de facilité.

271. Par conséquent, avant le dixième mois, il n'arrive aucun changement remarquable à l'orifice externe de la matrice, excepté celui qui a eu lieu au commencement de la grossesse (§. 171 *et suiv.*). Mais ensuite, au commencement de ce mois, le petit cercle s'éclipse (§. 262.), et tout le segment inférieur de la matrice s'approche et s'arrondit, mais l'orifice reste encore entièrement fermé. (*Tab.* 5.)

272. Vers la fin du dixième mois, l'orifice de la matrice commence à s'ouvrir, et l'on rencontre plus profondément dans la cavité du bassin, et même à son ouverture moyenne, la tête du fœtus recouverte comme d'une coiffe (§. 263.), de tout le segment inférieur de la matrice (§. 33.). Dès ce moment, le canal du col de la matrice devenu d'autant plus court, reste entièrement ouvert (§. §. 260, 262, 244, 270, 271.), et l'on peut très-distinctement sentir à l'ouverture moyenne du petit bassin, la tête qui se présense par la partie supérieure de l'occipital, un peu plus en-dehors du sphincter du vagin, à travers les simples membranes du fœtus. (*Tab.* 5.)

273. Il paroît étrange que la dernière ouverture de l'orifice de la matrice, ainsi que le ramollissement de tout

le segment inférieur, ne se fassent que de dehors en-dedans (§. 175.) Ce n'est cependant pas sans raison que la nature a posé cette loi immuable. Il en est tout autrement, c'est-à-dire, on observe une marche contraire à l'égard des parties génitales externes lors de l'accouchement.

274. Par des raisons mécaniques, le changement arrivé au col de la matrice en nécessite un dans le vagin, car celui-ci se distend et forme supérieurement une large voûte, ce qui raccourcit en même-tems sensiblement ses parois.

275. Quant on sait bien découvrir et reconnoître tous ces changemens, et qu'on les a observés avec exactitude, on ne peut pas se tromper, ou du moins on peut déterminer avec une certaine précision, le tems de la grossesse, et annoncer l'époque de l'accouchement; quoique chez les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfans, il soit plus difficile de déterminer ces tems à l'aide du toucher seul. On peut en dire autant de celles qui sont enceintes pour la première fois, toutes les fois que le fœtus est dans une mauvaise position, la mère étant par cela même menacée d'un accouchement contre nature, puisque, dans l'un et l'autre cas, on n'a pas l'espoir de trouver les parties conformées naturellement.

276. En supposant que l'on puisse espérer un accouchement naturel tant chez la femme qui est enceinte pour la première fois, que chez celle qui a déjà eu plusieurs couches, l'expérience prouve que la première accouche ordinairement huit jours avant l'autre (§. 238.) Cette circonstance a également lieu dans les cas où il y a plusieurs enfans (§. 238.)

277. De ce que l'enfant est dans une mauvaise position dépendante de la disposition vicieuse des parties (§. 275), et de ce que la mère est menacée d'avoir un accouchement contre nature, s'ensuit-il que l'accouchement doive avoir lieu plutôt ou plus tard que dans les cas ordinaires? Cela peut paroître douteux en théorie, mais la pratique

fait voir que dans ces cas mêmes (§. 276.), la nature a fixé l'époque de l'accouchement (§. 218, 231.)

278. Dans ces circonstances (§. 276.), ces deux espèces d'accouchemens ont donc un terme fixe et déterminé (§. 277); mais les accouchemens contre nature sont ordinairement retardés, et leurs progrès sont plus lents, comme s'ils réclamoient et attendoient les secours de l'art.

279. Enfin, il est assez singulier que les changemens qu'éprouve le segment inférieur de la matrice dont nous avons parlé (§. §. 260, 264.), aient également lieu dans les mauvaises positions du fœtus, dans les accouchemens prématurés, dans ceux qui se font avant terme, et même dans les fausses couches, quoiqu'ils se fassent dans un espace de tems beaucoup plus court que celui que la nature emploie ordinairement dans sa marche naturelle (§. 269, 272) : souvent même on les observe à peine avant le commencement du travail de l'enfantement. Lorsque ces événemens imprévus, et qui ne correspondent pas au calcul du tems de la grossesse, ont lieu, on peut souvent en augurer un accouchement malheureux.

SECTION III.

De l'Œuf et du Fruit qui y est contenu.

280. Le tendre fruit ou l'embrion n'est pas immédiatement contenu dans la cavité de la matrice, mais il y est renfermé dans ce que l'on appelle l'œuf. (*Tab.* 3, *fig.* 9.)

281. L'œuf membraneux qui, comme ceux des animaux, est obtus à l'une de ses extrémités, et aigu à l'autre, est formé de parties qui, à proprement parler, n'appartiennent pas au fœtus : elles portent le nom de *secondines*, et sont composées d'une triple membrane, du placenta, du cordon ombilical, de l'eau ou liqueur de l'amnios;

282. L'église catholique romaine rend indispensable la distinction des parties du fœtus de celles de l'œuf pour la validité du baptême, parce que, outre les membranes qui se présentent dans l'accouchement naturel, il peut encore, dans un accouchement contre nature, se présenter d'autres parties de l'œuf à l'orifice de la matrice.

CHAPITRE PREMIER.

Des Membranes de l'œuf.

283. Les anciens croyoient que l'œuf n'avoit que deux membranes, le chorion et l'amnios; mais, depuis Hunter, on en connoît une troisième, ou du moins cet auteur est-il le premier qui l'ait examinée, dessinée et décrite avec le plus d'exactitude; c'est pourquoi nous la nommerons désormais *membrane de Hunter.*

284. Cependant Meckel admet quatre membranes à l'œuf; 1°. la membrane caduque de la matrice; 2°. la membrane caduque réfléchie; 3°. le chorion, et 4°. l'amnios.

235. La membrane appelée *membrane caduque de Hunter*, n'est pas exactement et partout la même, elle est même assez distincte, et c'est pourquoi, pouvant la considérer comme formée de deux autres membranes, la différence n'existe que dans la manière de l'examiner et de la décrire.

286. Mais il ne faut ni confondre la membrane frangée de la matrice, décrite par Hunter, avec la membrane réfléchie de la matrice du même auteur; ni prendre la dernière, comme l'ont fait quelques anciens, pour la membrane externe du chorion; ni même, comme Baudelocque, ne faire des deux qu'une seule et même membrane: car, outre que leur structure est différente, c'est que celle-ci se développe aussi plus tard que la première, et

qu'elle sert à recouvrir toute la surface de l'œuf, lorsqu'il est réellement formé.

287. La membrane de Hunter (§. §. 283, 285.) est formée de celle à laquelle on a donné le nom de *membrane caduque*, et de celle qui portoit celui de *membrane réfléchie de la matrice*.

288. La nomenclature de cette membrane varie autant qu'il y a eu d'anatomistes et de physiologistes qui en ont parlé; et sa synonymie est aussi étendue que celle des plantes dans Linné, et dans les auteurs qui ont décrit jusqu'aux noms triviaux dont se servent les apothicaires; cependant le nom d'*amnios* est celui qui lui a été donné par les premiers écrivains, et qu'elle a conservé de tout tems et chez tous les peuples.

289. Sans rechercher si la membrane décrite aujourd'hui sous le nom de *membrane de Hunter*, a été connue de Galien et d'Arété, et si Fallope et d'autres en ont fait mention; sans faire des distinctions et des recherches inutiles, nous la considérerons comme formée dans la grossesse de deux lames distinctes, dont chacune ressemble à la membrane frangée des intestins, appelée *membrané musculeuse*, que quelques autres ont prises pour la lame externe du chorion, ce qui justifie assez les différentes dénominations qui lui ont été données.

290. Par exemple, Hoboken l'appelle *membrane rétiforme*. Rouhold la compare à un réseau; Ruisch et Burton à la membrane frangée du placenta. Albinus (très-indécis), lui donne le nom d'*enveloppe membraneuse de l'œuf*; Haller et d'autres, celui de *chorion spongieux* ou *velouté*. Denmann (plus indécis encore), la nomme *membrane unie*. Enfin, la plupart des auteurs l'appellent, en allemand, mais avec moins de raison, *chorion spongieux*, *membrane veloutée* ou *caduque de Hunter*, *membrane veloutée renversée de Hunter*, ou *membrane réfléchie*.

291. On ne peut mieux se tirer de cet embarras de

noms, qu'en admettant la division des membranes de l'œuf proposée par Blumenbach : il les divise en propres et en non propres, ou en constantes et non constantes : les deux dernières appartiennent en propre à la matrice (§. §. 285, 286), et les deux premières proviennent et dépendent de l'œuf (§. 284.)

292. Mais en admettant cette nomenclature, on peut regarder comme certain que la membrane décidua ou caduque de Hunter, que Sandifort appelle *membrane décidua externe de la matrice*, n'est autre chose qu'un réseau enflammé et une lymphe transudée et épaisse, qui, déjà avant l'existence de l'œuf, ou avant sa conception dans la cavité de la matrice, a une organisation vasculaire, et revêt toute la cavité de la matrice, à l'exception de son ouverture.

293. De même aussi, il est certain que cette membrane se réfléchit et se répand sur l'œuf, comme le péricarde sur le cœur; c'est pourquoi, dans les derniers tems, on l'a nommée, avec raison, *membrane réfléchie de Hunter.*

294. De même que, suivant Haller, la membrane externe de l'œuf (§. 290) forme proprement la membrane caduque de la matrice; de même aussi, d'après Meckel (§. 284.), la première membrane de l'œuf qu'il faut, ainsi que la précédente, bien distinguer de la membrane décidua réfléchie de Hunter (§. 286.), sera appelée lame interne de la membrane frangée de Hunter.

295. Cependant ces deux membranes sont exactement unies ensemble, au moyen de leurs fibres qui communiquent de l'une à l'autre, et elles contribuent par la suite à former la partie maternelle du placenta.

296. Mais lorsque l'œuf, qui existoit avant le tendre embrion lui-même, est fécondé, et que la vésicule de Graaf s'est détachée de la cellule de son ovaire, pour être reçue par les trompes de Fallope (§. 134), alors l'œuf nage, pour ainsi dire, dans une humeur lymphatique

séparée dans la cavité de la matrice (§. 156.), il s'affermit enfin en s'unissant au moyen des fibres délicates de sa membrane propre externe (§. 136.), aux nombreuses terminaisons très-déliées de son vaisseau primitif, ainsi qu'à la membrane de Hunter qui vient de la matrice ; et c'est de cette réunion de vaisseaux de deux espèces différentes que résultent les premiers élémens de la partie du placenta qui répond au fœtus.

297. Ces élémens jouissant d'abord d'une consistance médiocre, formés d'une infinité de vaisseaux très-déliés, et d'une membrane demi-transparente, s'unissent au placenta à l'endroit où l'œuf se replie en quelque sorte sur lui-même, pour n'occuper que le moindre espace possible, et s'accommoder à la forme ovoïde de la matrice; et lorsqu'ils ont acquis plus de consistance, ils unissent, au moyen de vaisseaux plus gros, le placenta, qui a également augmenté de volume, à la face interne de la matrice, comme ils unissent le reste de l'œuf à la partie la plus évasée de la cavité de la matrice, par le moyen de ses vaisseaux.

298. La membrane veloutée et renversée de Hunter ne revêt pas seulement toute la circonférence de l'œuf et les vaisseaux externes du placenta, mais elle pénètre celui-ci jusque dans sa substance même ; et l'on peut dire que le placenta lui-même n'est autre chose qu'une portion de la membrane veloutée, rendue plus épaisse et plus forte à la grosse extrémité de l'œuf, par le moyen de la lame externe du chorion

299. On ne trouve guère la membrane veloutée entière, que dans les accouchemens prématurés; car dans la sortie du placenta à terme, la plus grande partie reste volontiers attachée au-dedans de la matrice, d'où elle sort par la suite avec les lochies : c'est pourquoi on voit çà et là aux membranes qui restent quelquefois des fragmens tantôt plus gros, tantôt plus petits, de la membrane veloutée, se manifester au côté externe du chorion,

et se faire expulser par des vents introduits dans les cellules.

300. On appelle *chorion* la membrane qui est située plus en-dedans, et tout près de la membrane caduque frangée de Hunter. C'est la même que Blumenbach a appelée *première membrane propre*, Meckel, *la troisième membrane*, et qui est, selon d'autres, la seconde membrane de l'œuf humain.

301. Les anciens Grecs connoissoient déjà cette membrane, et Galien, qui, à la vérité, la regardoit comme le placenta lui-même, a décrit deux lames du chorion.

302. Aussi la synonymie de cette membrane est-elle parfaitement inutile; car Haller, qui la regarde comme la troisième, l'appelle *membrane moyenne* (membranam mediam). Schaarschmit et Vrisberg l'appellent *chorion uni* ou *transparent*; et en allemand on la confond sous les noms de *chorion*, de *chorion moyen transparent*, ou de *tunique membraneuse*.

303. Elle est d'une consistance assez ferme et assez dure, quoique très-délicate, d'abord blanche et diaphane, ensuite opaque, de couleur jaunâtre. Elle est évidemment composée de deux lames unies par du tissu cellulaire, et elle donne passage à quelques vaisseaux visibles et superficiels qui sont fortifiés par ces deux lames; la seconde, qui est interne, accompagne ces vaisseaux jusque dans le placenta, et forme son enveloppe extérieure.

304. Elle contribue aussi, de concert avec la membrane frangée renversée de Hunter, à former la plus grande partie de la poche ovale membraneuse, et revêt avec sa lame interne la surface interne concave du placenta, dont on la sépare assez difficilement.

305. Lorsque la matrice est renversée, la lame externe du chorion paroît aussi composée de flocons pendant le premier mois de la grossesse. Ses fibres s'unissent avec celles de la membrane frangée renversée de Hunter, et contribuent à la formation du placenta.

306. Par la suite, lorsque le placenta a pris son entier accroissement, cette structure floconneuse disparoît; ces deux membranes étant de plus en plus serrées l'une contre l'autre, elles s'unissent bientôt d'une manière intime, et au moyen de leur accroissement progressif, elles deviennent si délicates et si minces, qu'on a peine à les remarquer : elles sont alors si intimement unies, qu'on ne peut les séparer, sans les déchirer, que par la macération.

307. La lame interne du chorion est lisse et unie, au moyen d'un tissu cellulaire très-lâche, avec la dernière membrane qui est située au-dessous d'elle, c'est-à-dire, avec l'amnios. Mais elle y est unie d'une manière très-intime à l'endroit où elle tapisse et recouvre la face concave externe du placenta.

308. Elle recouvre la lame lisse interne du chorion, et n'accompagne ni les vaisseaux, ni le cordon ombilical; mais elle sert d'enveloppe extérieure aux vaisseaux qui traversent le placenta dans toute sa substance.

309. Très-près du chorion se trouve la membrane interne qui est la dernière, et que l'on nomme *amnios*. Suivant Blumenbach, cette membrane est la seconde membrane propre de l'œuf humain, et d'après Haller et Meckel, elle est la quatrième.

310. Cette membrane étoit connue d'Empédocle, et Galien en a fait mention sous le nom d'*amnios*, qui lui est resté.

311. Elle est manifestement blanche, dépourvue de vaisseaux, mince et transparente, par conséquent plus délicate que la précédente. Elle tapisse la surface interne du placenta, d'où elle se détache plus aisément que le chorion. Elle pénètre dans le cordon ombilical, et son insertion au placenta est rarement aussi ferme qu'au cordon lui-même; aussi, c'est pourquoi lorsque le cordon se rompt, on trouve souvent d'assez grosses portions de cette membrane qui se sont déchirées avec lui.

312. Ces deux membranes sont unies entre elles, au

moyen d'un tissu cellulaire lâche; c'est pourquoi l'embrion vient quelquefois au monde enfermé seulement dans l'amnios.

312. Le tissu cellulaire qui unit ces deux membranes (§. *précéd.*) adhère cependant plus fortement à l'amnios qu'au chorion; c'est pourquoi, si on sépare d'abord la seconde, elle conserve une forme rude et inégale; au contraire, la surface interne de l'amnios est rendue lisse et unie par l'eau qu'elle renferme, et avec laquelle elle est toujours en contact.

314. Au reste, la membrane amnios se réfléchit sur le placenta, et forme la membrane extérieure du cordon ombilical (§. 311.).

315. Ces membranes, vulgairement appelées *coiffes*, se rompent ordinairement dans l'accouchement, à l'orifice de la matrice, en avant de la tête du fœtus. Dans quelques cas cependant, elles se présentent dans leur entier, quoique la tête du fœtus soit sortie en grande partie, et elles ne se rompent que dans l'acte même de l'accouchement, et à leur circonférence, au lieu de se rompre au centre : alors une partie des membranes reste sur la tête du fœtus : c'est ce à quoi on donne improprement le nom de *coiffe de la fortune*, ou bien on dit que *la tête est armée d'un casque*.

316. Quoique ce phénomène (§. *précéd.*), arrive ordinairement dans les cas où les eaux sont en petite quantité, et où l'accouchement se fait facilement et promptement, les membranes peuvent encore néanmoins se rompre en-dehors de l'orifice de la matrice, lorsque les eaux sont abondantes, ce qui cependant n'arrive pas ordinairement, lorsque les eaux sont formées, et sur-tout vers la fin de l'accouchement, lorsque la tête se présente enveloppée de membranes.

317. Il arrive plus rarement, mais jamais sans que la femme et l'enfant ne courent des dangers, que l'œuf

vient tout entier au terme de l'accouchement, par conséquent le fœtus étant encore enveloppé de ses membranes.

318. Réunies, les membranes ont des usages communs, comme en particulier elles en ont qui leur sont propres. En les considérant, lorsqu'elles sont réunies, comme l'enveloppe molle de l'œuf, elles servent, 1°. à recevoir l'eau et à empêcher qu'elle s'échappe par quelque endroit; 2°. à coopérer à l'union des différentes petites parties rondes et séparées du placenta, et au lien qui l'unit à la matrice; 3°. à la dilatation nécessaire de l'orifice de la matrice dans l'accouchement, par le moyen de la vessie formée par les eaux. En particulier, elles servent, 1°. à préserver l'œuf dans la cavité de la matrice, et à absorber les humeurs pour la nutrition de l'œuf et du fœtus; 2°. à augmenter mutuellement leurs forces; 3°. à fournir l'enveloppe externe du placenta et du cordon ombilical; et 4°. à la secrétion des eaux de l'amnios, etc.

319. Il est à remarquer que toutes les fois que la membrane frangée ne prend pas en tems et lieu une consistence raisonnable (§. §. 273, 278.), ou qu'elle devient trop épaisse dans toute la circonférence de l'œuf, qu'elle s'épaissit et devient en quelque sorte charnue, ou lorsqu'elle ne s'étend pas également, et comme il convient, sur toutes les parties de l'œuf, ou qu'elle ne s'y attache pas fermement (§. 297.), le tendre fruit se gâte et se perd.

320. Dans ces cas (§. *précéd.*), l'avortement arrive ordinairement aux environs du troisième mois, après avoir été précédé par une perte; et, excepté les soins et les attentions prophilactiques, on ne peut employer que très-peu de moyens pour conserver l'enfant et empêcher l'avortement. Aussitôt que les douleurs accompagnent la perte, la saignée est ordinairement préjudiciable à la mère, et on ne peut mieux prévenir les dangers qu'elle court, qu'en terminant l'accouchement avec la main. Il est rare que la perte soit proportionnée à la grosseur du

fœtus; elle est même d'autant plus grande et d'autant plus dangereuse, que l'enfant est plus petit.

321. Lorsque, dans les cas dont nous avons parlé (§. §. 319, 320.), l'œuf sort tout entier, et que le fœtus n'a pas encore fait un long séjour dans son enveloppe, alors il s'y trouve souvent intact, ou bien il est comme dissous dans une humeur mucilagineuse trouble.

322. Lorsque l'œuf se rompt à l'issue du tendre germe, et que celui-ci se perd et se confond avec le sang, l'enveloppe de l'œuf reste pendant quelque tems adhérente à la cavité de la matrice, mais il est facile de l'en faire sortir. On croit communément, dans ces cas, que la femme étoit enceinte d'un faux germe, ou d'une môle.

323. Quelquefois l'œuf se rompt de très-bonne heure, et les eaux sortent assez souvent à plusieurs reprises. Lorsque le germe ne sort pas avec les eaux (§. 322.), il est froissé et écrasé dans la cavité rétrécie de la matrice, et presque dissous par l'eau, tandis que l'enveloppe reste attachée et continue de croître dans la matrice, jusqu'à ce qu'enfin elle en sort sous la forme d'une excroissance charnue. (§. 322.)

324. Quelquefois aussi l'œuf commence à se rompre dans le courant du troisième mois, et les eaux s'écoulent à plusieurs reprises (§. *précéd.*), et presque en proportion qu'elles se forment jusque vers le milieu de la grossesse, et même plus tard; mais le fœtus qui, malgré cela, quelquefois ne cesse pas de vivre et de croître, quoique ses parties soient comprimées et froissées dans l'étroite cavité de la matrice, ne peut se dispenser de succomber à un accouchement prématuré.

325. D'autres fois, sans que l'œuf soit rompu ou endommagé, le fœtus cesse de très-bonne heure de se développer; mais l'œuf qui ne cesse pas de croître, sort ensuite sous la forme de môle. Cependant ce corps a toujours la cavité particulière qui le distingue de la môle; et quoique, dans ce cas, le fœtus se présente bien rarement ou même

jamais dans la cavité de cette masse, on peut cependant, d'après l'ampleur de la cavité, déduire à-peu-près, par des raisons physiques, l'époque de la mort du fœtus, comme de l'époque de la grossesse, on peut calculer l'âge que doit avoir le corps étranger lui-même.

326. D'après les vices déjà indiqués de la membrane de Hunter (§. 319.) et du chorion, différens autres vices du placenta et du cordon ombilical, peuvent occasionner une semblable perte, quelquefois avant, quelquefois après le troisième mois; et comme dans ce cas on ne peut prévoir le vice qui existe dans la structure de ces parties délicates, l'art ne peut être que d'un très-foible secours.

327. Une pléthore extraordinaire et générale de la mère provenant de cause interne ou de cause externe, ou des deux en même-tems, principalement si elle répond à l'époque de la menstruation, est, parmi les causes les plus fréquentes, celle qui parvient le plus facilement à détruire les connexions de l'œuf, principalement celles du placenta avec la matrice, et qui donne lieu à l'avortement.

328. Ou bien le sang se répand peu-à-peu et s'introduit entre l'œuf et la matrice dont il détache le placenta, de manière que l'avortement survient après avoir été précédé de fréquens signes de pléthore.

329. Les endroits du placenta ou des membranes de l'œuf qui ont été une fois séparés de la matrice, ne s'y réunissent point, mais ils conservent pour toujours des taches noirâtres, recouvertes de sang extravasé; et dans le cas où le placenta s'est séparé très-lentement, on le trouve ordinairement mortifié et flétri, comme s'il avoit macéré.

330. Dans l'un et l'autre cas, qui sont assez ordinaires chez les femmes pléthoriques qui ont des règles abondantes, on peut, au moyen d'un régime convenable et de petites saignées répétées toutes les quatre semaines, jusqu'au milieu de la grossesse, prévenir le mal et empêcher l'avortement.

331. Dans d'autres cas plus rares, le mal réside dans l'œuf, et reconnoît à-peu-près les mêmes causes (§. 327.) Il suffit, par exemple, qu'il se rompe seulement quelques petits vaisseaux des membranes, pour que le sang s'extravase peu-à-peu, et qu'il se répande entre les membranes qui se grossissent, ce qui procure la destruction inévitable de l'œuf, et par suite son expulsion. La même chose arrive toutes les fois qu'il s'extravase et s'infiltre du sang dans le placenta, et ici, de même que dans les cas dont nous avons parlé (§. 326.), l'art ne peut rien, ou il ne peut être que d'un très-léger secours.

332. Les congestions d'humeurs épaisses qui se forment dans le placenta, et les obstructions qui en sont le résultat, et qui quelquefois donnent naissance à des indurations de cet organe, ont le plus souvent les mêmes suites, et sont également inaccessibles aux secours de l'art.

333. Si, dans les circonstances dont nous avons parlé (§. 331 *et suiv.*), l'œuf ne sort pas, on trouve ordinairement très-altérée la couleur des eaux de l'amnios, et le fœtus présente des signes manifestes de putréfaction. On observe souvent la même chose dans les cas d'avortement plus avancé, et dans ceux d'accouchemens prématurés, lors même que les eaux se sont écoulées depuis peu.

334. Lorsque la sécrétion de l'eau est dérangée ou qu'elle se fait en trop petite quantité, les parties du fœtus s'unissent ensemble d'une manière étrange, ce qui occasionne la mort du fœtus, et par suite, l'avortement.

335. Le cordon ombilical qui, en se tournant autour du col, égorge pour ainsi dire l'enfant dans le sein de sa mère, et les nœuds qui se forment de bonne heure dans ce cordon, en opposant un obstacle à la libre circulation du sang, sont encore autant de causes d'un avortement inévitable.

336. Il est difficile qu'un observateur attentif ne distingue pas dans la pratique chacun de ces cas : au reste, dans tous, l'avortement est précédé d'une perte (§. 320.);

mais cette perte ne dure pas toujours jusqu'au moment où s'opère l'avortement, parce qu'il diminue quelquefois sensiblement avant que l'avortement ait lieu. L'unique moyen de prévenir les accidens fâcheux qui peuvent arriver dans ces cas, est de provoquer adroitement l'avortement, parce que la perte ne cesse jamais que le corps étranger renfermé dans la matrice n'en soit totalement sorti.

CHAPITRE II.

Du Placenta.

337. Le placenta est une partie de l'œuf qui ressemble à une masse charnue de forme aplatie et ronde, formée par le concours d'un très-grand nombre de vaisseaux de toute espèce, unis étroitement au moyen d'un tissu cellulaire, et qui viennent partie du cordon ombilical et partie de la matrice.

338. Ou bien on peut dire, d'après Danz, avec plus de vérité et d'exactitude, que l'on donne le nom de *placenta* à un corps qui consiste en un grand nombre de vaisseaux unis les uns aux autres, au moyen d'un tissu cellulaire, qui est situé entre le chorion et la membrane frangée de Hunter, dans lequel le cordon se prolonge, et par le moyen duquel la lymphe nourricière, reçue médiatement de la mère, est portée à l'embrion.

339. Les anciens avoient coutume d'appeler cette masse, faussement il est vrai, mais non sans raison alors, *foie utérin*, ce qui commençoit à donner une idée des usages de ce corps, que l'on pourroit à présent nommer avec plus de fondement, *poumon physiologique du fœtus*.

340. Hyppocrate a donné au placenta le nom de *chair*; Galien et Aristote celui de *chorion*. Mais les anciens l'ont appellé avec plus de vérité, *mamelle utérine*, ou l'*adjoint du poumon*.

341.

341. Le placenta est composé d'une partie qui appartient à la mère, et d'une autre qui appartient au fœtus (§. §. 295, 296.) ; ou bien on peut le considérer comme étant formé de la lame extérieure du chorion et de la membrane réfléchie de Hunter ; celle-ci constitue la partie maternelle du placenta, et l'autre celle de l'enfant.

342. De même que les vaisseaux de la matrice s'étendent dans la substance maternelle du placenta ; de même aussi les vaisseaux du cordon se prolongent dans la partie du placenta qui répond au fœtus.

343. Les vaisseaux qui se distribuent à l'une des substances du placenta, ne pénètrent pas dans l'autre (§. *préc.*), ce qui prouve le rapport immédiat que les vaisseaux de ces deux substances ont entre eux.

344. Les artères de la matrice apportent le sang dans la partie maternelle du placenta à l'extrémité des vaisseaux duquel il suinte une humeur séreuse, coagulable, qui se répand dans le parenchyme qui unit entre elles les deux parties du placenta dont nous avons parlé. Les dernières extrémités de la veine ombilicale, ou les vaisseaux de la partie du placenta qui appartient au fœtus, reçoivent alors du parenchyme, par une faculté qui leur est propre, cette humeur séreuse, la portent au fœtus par la veine ombilicale ; là, elle éprouve dans des glandes, qui vraisemblablement chez les fœtus ont acquis toute leur intégrité, différentes préparations qui la transforment en sang.

345. Le sang, qui n'a pas servi à la nourriture du fœtus, est reporté par les artères ombilicales dans la partie du placenta qui appartient au fœtus, d'où il est reçu par les vaisseaux veineux de la partie maternelle qui le transmettent aux veines de la matrice.

346. Dans les premiers tems de la grossesse, l'embrion ne peut point préparer de sang, parce que ses parties ne sont pas suffisamment formées; c'est pourquoi on observe que, dans les premiers mois de la grossesse, l'embrion

n'a point de sang : mais à mesure que le fœtus prend de l'accroissement, la sanguification fait des progrès.

347. Par conséquent, il est clair qu'il n'est pas besoin qu'il passe de véritable sang de la mère au fœtus, pour que la nutrition et l'accroissement de ce dernier aient lieu, et qu'il n'existe aucune communication immédiate des vaisseaux de la matrice avec ceux du placenta, comme on le pensoit autrefois.

348. On divise le placenta en corps, qui est la partie moyenne la plus grosse, et en ourle ou bord formé par la circonférence externe, qui est la partie la plus mince.

349. La forme du placenta est ordinairement ronde; son diamètre est de huit pouces, son épaisseur d'un pouce, et son poids d'une livre.

350. Le placenta présente deux surfaces, l'une externe, l'autre interne. La première est convexe, la seconde concave; cette convexité et cette concavité sont en proportion avec la paroi supérieure de la matrice, et diffèrent par-là même, selon les différens tems de la grossesse. (Voy. *Tab.* 4 *et* 5.)

351. La surface externe convexe avec laquelle le placenta est uni au côté interne concave de la matrice, est formée, pour ainsi dire, comme le cerveau, d'un grand nombre de petits lobes ronds et séparés, ce qui la rend raboteuse et inégale; tandis qu'on remarque le contraire à la surface interne concave qui est tournée vers le fœtus, laquelle est lisse et unie, malgré l'espèce d'éminence qui y est formée par les vaisseaux qui parcourent sa surface.

352. Chacun des petits lobes du placenta, distingué par le moyen de sillons plus ou moins profonds, a un tronc propre de vaisseaux qui se divise en branches particulières.

353. Chaque tronc et chaque branche sont formés par une artère et une veine réunies par une gaine commune. Il est rare que l'on rencontre deux veines ou deux artères au lieu d'un tronc, et par conséquent trois vaisseaux réunis. En supposant cependant, abstraction faite des

anastomoses, qu'il n'y ait qu'une seule artère pour chaque petit lobe, la structure de ces lobes est assez semblable à celle du cordon lui-même.

354. En conséquence, on peut considérer chacun de ces lobes (§. 352.) comme un placenta particulier. En effet, chez les animaux, par exemple, chez la vache, ils sont réellement séparés et épars sur la circonférence de l'œuf; ils portent le nom de *cotilédons*.

355. Le phénomène rare d'un second placenta ou placenta accessoire, mais petit et séparé, n'est autre chose qu'un des lobes du placenta principal (§. §. 352, 354.), mais beaucoup plus éloigné que les autres.

356. La substance de la membrane de Hunter s'introduit dans les sillons des lobes divisés du placenta, et ceux-ci s'impriment dans la matrice, comme un cachet dans la cire d'Espagne.

357. Ce mode d'union du placenta avec la matrice, ne contribue pas peu à leur force. En effet, le placenta est d'autant plus fortement uni à la matrice que sa surface externe est divisée en lobes plus multipliés et plus profonds.

358. Les dernières ramifications des vaisseaux de la surface externe du placenta, s'implantent dans les vaisseaux plus gros de l'intérieur de la matrice, presque comme les racines d'un arbuste s'implantent dans la terre, et elles en sucent l'humeur la plus délicate de la même manière.

359. Le placenta s'attache le plus souvent au fond de la matrice, mais il n'y a aucun endroit de ce viscère où il ne puisse se fixer, sans en excepter son orifice interne.

360. On comprend aisément que cette indétermination de lieu dans l'attache du placenta, peut dépendre de la différente gravité spécifique de l'œuf.

361. Lorsque le placenta est uni au fond de la matrice, comme cela a lieu le plus communément, la forme en est ronde, le cordon ombilical part de son centre, et les

membranes se rompent, dans l'accouchement, au centre du sac oviforme.

362. Mais dans les cas extraordinaires où le placenta se trouve uni partout ailleurs qu'au fond de la matrice, sa circonférence a une forme plus ou moins oblongue; le cordon ombilical ne part plus du centre du placenta, et, lors de l'accouchement, les membranes ne se rompent point au centre du sac.

363. L'insertion du cordon ombilical au placenta, est donc en général, ou centrale ou excentrale, ou à la circonférence. Il en est de même de la rupture des membranes.

364. Quelquefois, mais assez rarement, on trouve le cordon ombilical implanté jusque dans les membranes elles-mêmes.

365. La rupture des membranes est d'autant plus rapprochée du bord du placenta, que l'insertion du cordon ombilical dans le placenta même, est éloignée du centre.

366. Quand le placenta s'implante à l'orifice interne de la matrice (§. 359.), ce qui a lieu très-rarement, sa forme ronde, et l'insertion centrale du cordon n'en sont point changées; mais alors, la femme est inévitablement sujette à éprouver des pertes périodiques dans les derniers tems de la grossesse (§. 226.), et les membranes ne peuvent se rompre naturellement d'elles-mêmes dans l'accouchement.

367. On explique ces divers phénomènes, tant à l'égard de la forme du placenta, que de l'insertion excentrale du cordon ombilical, et de la rupture des membranes, d'après les règles que nous avons développées (§. §. 256, 257, 258.) sur la dilatation régulière des parties de l'œuf.

368. Par conséquent, ces phénomènes dans le placenta et dans le cordon, n'y eurent point lieu dans le principe.

369. Au reste, la différence dans l'insertion centrale

ou excentrale du cordon au placenta, ne contribue pas peu à en rendre facile ou difficile la séparation.

370. Mais il est encore un autre phénomène qui mérite une attention particulière, et qui dépend de l'insertion du placenta dans la cavité de la matrice; je veux parler des différentes espèces d'obliquité de la matrice elle-même.

371. On dit que la matrice est oblique, lorsque son axe ne répond pas à celui du bassin, et qu'il s'en éloigne.

372. Cette déviation ou cette obliquité de la matrice peut être parfaite ou imparfaite.

373. On l'appelle parfaite, quand l'axe de la matrice s'éloigne de celui du bassin, de manière que l'orifice s'ouvre en grande partie hors de l'entrée du bassin; elle se nomme imparfaite, lorsque, dans des cas semblables, l'orifice de la matrice s'ouvre bien à l'entrée du bassin, mais non pas au centre de sa cavité.

374. L'obliquité parfaite et l'obliquité imparfaite de la matrice, peuvent avoir lieu de quatre côtés différens; mais il est rare qu'elles arrivent précisément de l'un de ces côtés; plus ordinairement l'obliquité répond à l'un des espaces intermédiaires.

375. De quelque espèce que soit l'obliquité de la matrice, quand il n'y a d'ailleurs aucun vice de naissance, elle provient originairement de l'insertion du placenta à la matrice, insertion qui n'est point l'effet du hasard. (§. 360.)

376. Quelle que soit l'obliquité parfaite de la matrice, elle est ordinairement changée dans l'accouchement par les seules forces de la nature, en obliquité imparfaite; et quand cela n'arrive pas, l'art doit l'exécuter, après s'être préalablement assuré de l'existence et de l'espèce d'obliquité par les signes qui les caractérisent.

377. Les signes de l'obliquité de la matrice, en général, se manifestent en partie pendant la grossesse, et en partie pendant et après l'accouchement. Mais la théorie des

signes et des procédés manuels requis dans ce cas, appartient plus particulièrement à la partie qui traite des accouchemens difficiles et contre nature.

CHAPITRE III.

De l'arrière-Faix des Jumeaux.

378. Les jumeaux qui sont séparés et distincts ont chacun un placenta, un cordon ombilical, des membranes et des eaux qui leur sont propres.

379. Il est rare que le siége de l'un des placenta soit très-éloigné de l'autre ; ils sont au contraire ordinairement si rapprochés, qu'ils paroissent unis l'un à l'autre, et n'en former qu'un seul commun.

380. Dans ce cas, qui est le plus ordinaire, le chorion ne revêt pas entièrement la surface de chaque œuf, mais il est commun aux deux, presque comme si les deux œufs, placés l'un à côté de l'autre, se fussent enveloppés dans le seul chorion. Au contraire, chaque jumeau a son amnios particulier ; ces membranes s'adossent mutuellement de deux côtés, et divisent tout l'œuf membraneux en deux cellules, dans chacune desquelles se trouve le jumeau avec ses eaux propres.

381. Cette cloison est quelquefois entière, d'autre fois elle ne l'est pas ; cela dépend de la situation des jumeaux dans la matrice.

382. Dans les cas plus rares où les placenta ont leur siége respectif très-éloigné (§. 379.), la cloison n'est pas comme il a été dit ci-dessus, mais chaque fœtus est pourvu de son chorion particulier.

383. Il en est tout autrement, lorsque les jumeaux sont unis par la tête, par la poitrine ou par le dos ; ils ont alors en commun toutes les parties de l'œuf, excepté le cordon ombilical.

384. Si les jumeaux sont réunis par la région de l'ombilic, ils n'ont ordinairement qu'un seul cordon, qui est cependant composé de deux veines et de quatre artères, toutes les fois qu'il y a dans les fœtus réunis, deux foies et deux bassins.

385. Mais si la région ombilicale n'est pas dans un état de désorganisation, il y a ordinairement deux cordons très-distincts (§. 383.) qui partent d'un seul placenta.

386. Il est rare de trouver des cas de bifurcation du cordon ombilical; comme aussi il est rare que l'insertion des vaisseaux du cordon ait lieu dans les membranes du placenta (§. 364.)

CHAPITRE IV.

Du Cordon ombilical.

387. On donne le nom de *cordon ombilical*, au lien qui unit la mère à l'enfant, et par lequel seulement celui-ci reçoit sa nourriture.

388. Ce cordon est ordinairement formé d'une veine et de deux artères.

389. Ces vaisseaux sont couchés dans un tissu cellulaire rempli d'une substance gélatineuse, appelée *gélatine de Warton*, et recouverts extérieurement par l'amnios.

390. On connoît moins l'origine de cette substance gélatineuse que ses usages.

391. La membrane qui recouvre le cordon, appelée *tunique vaginale du cordon ombilical*, est un prolongement de l'amnios, et le chorion n'y a aucune part, comme on le pensoit autrefois, et comme le prétend encore Rœderer.

392. Lorsque la surface interne du placenta recouvre le cordon, l'amnios se prolonge sur lui en arrière, et le revêt jusqu'à son entrée dans le ventre du fœtus. Là, la

peau du bas-ventre, ainsi que l'aponévrose compacte du muscle oblique externe de l'abdomen, s'étendent en manière d'entonnoir sur le cordon et sur la membrane amnios elle-même à laquelle elle est légèrement unie.

393. On divise le cordon ombilical, principalement dans l'accouchement, en partie qui répond au placenta, et en celle qui répond au fœtus.

394. Le cordon se porte du placenta à l'ombilic du fœtus. La peau du ventre du fœtus s'étend pour recouvrir la portion *fœtale* du cordon jusqu'à l'endroit où la portion *placentale* est recouverte par l'amnios. (§. 311.)

395. La veine ombilicale, dont le diamètre est du double plus grand que celui des deux artères ensemble, naît du placenta, et se porte par l'ombilic jusqu'au foie du fœtus: les artères ombilicales proviennent ordinairement de chacune des artères iliaques, se portent pareillement le long du cordon, et se perdent dans le placenta.

396. On rencontre rarement une seule artère ombilicale, mais, lorsque cela a lieu, son diamètre est plus gros.

397. Il n'est pas aussi rare que les artères ombilicales tirent leur origine du tronc même de l'aorte. Ce cas, dont la pulsation, qui se continue constamment dans la partie *fœtale* du cordon, fournit le signe presque infaillible après l'accouchement, exige de bien lier le cordon.

398. Les vaisseaux ombilicaux s'entortillent entre eux dans le cordon, par un motif dont la physiologie rend raison; mais ils ne gardent aucun ordre constant.

399. On remarqué que les contours des vaisseaux du cordon, sont plus prononcés à mesure qu'ils s'approchent davantage de la portion *placentale*, et que ces vaisseaux dans tout leur cours le long du cordon, ne fournissent aucun rameau : deux choses qui méritent d'être notées par rapport à l'accouchement.

400. En outre, les vaisseaux du cordon sont divisés entre eux dans leur tissu cellulaire par une espèce de cloison.

401. Le tissu cellulaire du cordon est rempli, tantôt plus, tantôt moins, d'une humeur gélatineuse (§. 389.) Le cordon est quelquefois plus gros, d'autres fois plus mince; ce qui n'est pas indifférent dans la pratique des accouchemens.

402. La veine ombilicale (§. 395.) est très-sujette à être variqueuse : ces varices, qui forment çà et là des nœuds dans la continuité du cordon, ont donné lieu à la superstition d'en tirer un pronostic mal fondé.

403. Les artères forment aussi quelquefois de semblables nodosités et circonvolutions.

404. Les vrais nœuds sont cependant très-rares dans le cordon; et, dans quelques cas, ce phénomène met en danger la vie du fœtus. (§. 335.)

405. La formation des véritables nœuds dans le cordon, ne peut s'expliquer que par les révolutions et les changemens de position que le fœtus éprouve dans le sein de la mère.

406. La longueur ordinaire et naturelle du cordon doit être à-peu-près égale à celle du fœtus; cependant le cordon peut être tantôt plus long, tantôt plus court, ce qui arrive naturellement, ou par l'effet d'un accident. Il faut faire attention à ces différens états du cordon dans l'accouchement.

407. Comme la longueur extraordinaire du cordon, et la grande quantité d'eaux facilitent la formation des vrais nœuds, de même aussi ils favorisent les circonvolutions du cordon à l'entour de certaines parties du fœtus.

408. Ces circonvolutions ne peuvent reconnoître d'autres causes que les mouvemens du fœtus dans la matrice. (§. 405.), ce qui fait que ces cas ne sont pas ordinaires, mais purement accidentels. Mais pour ce qui a rapport aux entortillemens du cordon, l'expérience montre souvent le contraire.

409. Les usages du cordon ombilical sont de fournir le moyen par lequel il s'établit une circulation réciproque

entre la mère et l'enfant, mais sans anastomose, de manière que chacun des deux a une circulation qui lui est propre.

CHAPITRE V.

Des eaux de l'Amnios et de ses usages.

410. L'EAU ou liqueur de l'amnios pourroit encore, à juste titre, être appelée *eau de la mère, du fœtus*, ou de *l'accouchement*, parce qu'en effet elle sert également à la mère, au fœtus et à l'accouchement.

411. L'eau de l'amnios, prise dans un sens plus étendu, est de deux espèces; c'est-à-dire, vraie ou fausse : la dernière de ces eaux a un siége et des usages différens de la première.

412. La vraie eau est un peu colorée, de nature muco-gélatineuse, légèrement odorante, quoique, dans sa première formation, elle étoit claire et limpide : on comprend aisément comment arrivent ces altérations, comme aussi pourquoi l'eau fausse reste claire, limpide et sans couleur.

413. L'eau fausse se perd quelquefois long-tems avant l'accouchement, souvent à plusieurs reprises, mais toujours sans douleurs. Son issue ne cause aucun dommage ni aucune altération particulière dans tout ce qui a rapport à la grossesse; ce qui n'a pas également lieu, par rapport à la vraie eau ou à l'accouchement.

414. L'eau de l'amnios, prise dans le sens le plus resserré, où l'eau propre du fœtus (§. 410.) provient, quoi que d'autres en pensent, de l'œuf lui-même; bien que, par la suite, la quantité en soit accrue par d'autres voies particulières, et qu'elle soit sur la fin diminuée de nouveau.

415. On remarque que l'eau du fœtus n'est pas proportionnée au fœtus lui-même, comme les autres parties de

l'œuf dans tous les tems de la grossesse, mais que les parties de l'œuf, et en particulier l'eau, surpassent le fœtus en poids, presque d'autant que celui-ci surpasse les autres, après le milieu de la grossesse ; de manière que vers cette époque, les parties qui forment l'œuf et le fœtus sont presque d'égal poids.

416. Les voies par lesquelles l'eau du fœtus augmente, ne peuvent être que les vaisseaux aqueux des membranes elles-mêmes; et celles par lesquelles elle diminue, doivent exister dans le fœtus, en exceptant cependant la bouche.

417. Des expériences décisives prouvent que la membrane de l'amnios n'absorbe point l'eau qu'elle renferme, et que la matrice elle-même ne réabsorbe pas les humeurs qu'elle a fournie pour le développement du fœtus.

418. Les voies d'augmentation de la vraie et de la fausse eau, sont donc les mêmes, mais non pas celles de leur diminution. (§. 416.)

419. De plus, on distingue l'eau du fœtus en celle qui s'échappe avant l'accouchement, et en celle qui s'écoule dans l'acte même de l'accouchement, et immédiatement après.

420. On peut, avec Astruc, appeler celle-là *la première eau*, et celle-ci, *la seconde.*

421. L'utilité des eaux de l'accouchement (§. 410) est très-grande et très-variée pour la mère et pour le fœtus, soit pendant tout le tems de la grossesse, soit pendant l'accouchement.

422. Dès le premier instant de la conception, et pendant toute la grossesse, la liqueur de l'amnios a ses usages. 1°. Elle coopère à la dilatation de la matrice (§. 135 *et suiv.*), et à celle du placenta. 2°. Elle unit l'inégale surface du fœtus, pour que la matrice y exerce sur toutes les parties une pression uniforme, et préserve le fœtus de toute espèce de gêne ou de lésion extérieure. 3°. Elle épargne à la mère les sensations trop fortes qui pourroient

résulter des mouvemens de l'enfant, et diminue le propre poids du fœtus lui-même qui seroit trop pesant pour la mère. 4°. Sous le rapport de bain chaud, elle facilite la circulation du sang dans le fœtus, et de cette manière, elle sert en quelque sorte, à le nourrir et à le faire croître. 5°. Elle facilite les mouvemens du fœtus dans la matrice; et 6°. enfin, elle prévient l'adhérence que pourroient contracter entre elles ses différentes parties.

423. A l'époque de l'accouchement, l'eau sert particulièrement, non-seulement à l'ouverture, à la distension et à la dilatation de l'orifice de la matrice et des parties génitales, mais elle sert encore par la manière dont elle se présente dans ses enveloppes; si elle sort avec bruit, elle fournit une donnée qui sert à juger de la bonne ou mauvaise disposition de l'accouchement et de l'issue qu'il peut avoir.

424. Il ne faut pas non plus passer sous silence le grand avantage que procure l'eau, tant dans l'accouchement naturel que dans ceux dans lesquels il faut retourner l'enfant.

425. L'espèce de vernis dont est abondamment recouverte toute la surface du fœtus, mérite encore une attention particulière, tant à l'égard de sa source qu'à l'égard des avantages qu'il procure au fœtus dans la grossesse et dans l'accouchement.

CHAPITRE VI.

Du Fœtus, de son développement, de sa position et de sa culbute.

426. Les premières traces du fœtus ne sont visibles dans l'œuf humain, que lorsque l'œuf lui-même a acquis le volume d'une grosse noisette.

427. En ouvrant à cette époque le sachet membraneux oviforme, on trouve au centre le fœtus nageant dans une humeur très-claire, sous forme d'un petit nuage trouble, muqueux, formé en quelque sorte de trois petites boules de diverse grosseur.

428. A peine l'œuf a-t-il acquis le volume d'un œuf de pigeon, que l'on aperçoit sur la plus grosse de ces petites boules, qui sert à former la tête, deux points noirs. La boule qui vient ensuite, et dont la poitrine est formée, commence seulement alors à présenter un point rouge dans son centre. La troisième boule dont se forme le ventre laisse sortir d'un point de sa circonférence un petit filet transparent qui paroît tendre à s'attacher au sac membraneux oviforme.

429. Dans le second mois, l'œuf étant parvenu à la grosseur d'un œuf de poule, on trouve déjà la membrane filamenteuse réunie d'une manière assez ferme à l'extrémité obtuse de l'œuf même. (§. 267.) Cette partie est devenue beaucoup plus grosse et de couleur rougeâtre (§. 298.); et la circonférence filamenteuse de l'œuf membraneux qui reste, a déjà perdu beaucoup de sa transparence.

430. Le germe a alors acquis une couleur un peu plus obscure, et n'est pas plus gros qu'une abeille. La tête encore informe, comme la partie la plus grosse du fœtus, tombe sur la poitrine, et la couvre presque entièrement; on distingue alors aisément les yeux qui n'ont encore été que deux points bruns ovales, et le cordon qui s'est beaucoup allongé, et qui tient fermement au centre de l'œuf. Les oreilles commencent alors à se manifester comme des boutons varioleux. On ne découvre encore aucune trace de la bouche ni du nez, mais la moëlle épinière s'aperçoit déjà tout le long de l'épine, sous la forme d'un petit filet blanc. Les extrémités commencent peu-à-peu à se faire voir comme de petites proéminences qui ressemblent à des poireaux.

431. L'œuf étant augmenté du double au troisième mois, le fœtus a déjà sa forme extérieure, ainsi que les doigts et les parties génitales que l'on commence seulement à apercevoir. Dans le cours du troisième mois, les doigts des mains et des pieds, jusqu'à l'ongle, achèvent de se former, mais n'acquièrent leur longueur et leur solidité qu'à l'époque de l'accouchement. Les parties génitales sont encore si imparfaitement développées, que l'on a peine à distinguer un sexe de l'autre, à moins que l'on ne puisse distinguer le clitoris allongé du membre viril par la fente qui se trouve en-dessous.

432. A la fin du troisième mois, toutes les parties du fœtus sont parfaitement développées; alors la force de l'imagination, qui d'ailleurs est en général inerte, ne peut plus avoir d'influence sur le fœtus, à moins que, par l'effet des passions, il n'arrive des congestions et des stases d'humeurs qui peuvent avoir des inconvéniens pour le fœtus.

433. En général, l'accroissement progressif de l'homme qui n'est point encore né, se règle sur l'instant de la formation; c'est-à-dire, qu'il croît d'autant plus qu'il en est plus rapproché, quoique la proportion d'un embrion de trois mois à un fœtus de six ou de neuf paroisse devoir nous convaincre du contraire.

434. La différence de ces trois tems déterminés relativement au différent accroissement de l'homme non encore né, montre plutôt que la proportion est inverse, c'est-à-dire, que l'homme croît d'autant plus lentement qu'il est plus avancé en âge, parce que si l'homme né continuoit de croître dans la même proportion qu'avant de naître, seulement dans la proportion progressive du huitième mois, avant sa vingt-cinquième année, il parviendroit à une taille gigantesque extraordinaire, et au poids de plus de mille livres.

435. On ne doit pas confondre la situation du fœtus par rapport à la matrice, et sa manière d'être relativement à

la direction de ses parties, parce sa manière d'être est constante, et que sa situation varie.

436. La situation du fœtus étant sujette à varier (§. *préc.*), on la distingue en originaire et en celle que le fœtus prend dans l'accouchement naturel; celle-ci étant très-différente de la première.

437. La situation originaire du fœtus dans le corps de la mère peut être bonne ou ne pas l'être.

438. Dans la bonne position originaire du fœtus, on trouve la tête en haut et les fesses en bas : dans la matrice, le fœtus a le dos recourbé en arrière et la face tournée en-devant, de manière que la tête répond au segment supérieur et les fesses au segment inférieur. Les cuisses sont pliées sur le ventre; les jambes sont fléchies ou étendues : dans le premier cas, les jambes sont fléchies le long des cuisses ou sont croisées l'une sur l'autre : dans le second, elles sont étendues en haut le long de la poitrine. Les bras sont ou étendus en bas le long du corps, ou sont ployés; et, dans ce cas, les avant-bras posent sur les genoux et soutiennent un peu, avec les poignets appuyés sur les joues, la tête qui pend en-devant sur la poitrine. En conséquence, le fœtus est ordinairement replié sur lui-même, a une forme ronde, et, de cette manière, occupe le moins d'espace possible. (*Tab.* 3, *fig.* 9.)

439. Dans la bonne position naturelle du fœtus au terme de l'accouchement, on trouve la tête en bas et les fesses en haut : le fœtus est souvent recoquillé et affecte une forme à-peu-près ronde, ayant le dos recourbé en avant, et la face tournée en arrière : la tête est située dans le segment inférieur de la matrice, et les fesses dans le supérieur. D'où il résulte que le fœtus s'est tourné en-devant et en bas pour prendre la position convenable pour l'accouchement.

440. Par conséquent, la situation originaire du fœtus se change en celle qui est naturelle à l'accouchement, et ce changement n'est point l'effet du hasard.

441. Il est vrai que la tête du fœtus est la partie la plus grosse, comparativement aux autres; mais on ne peut pas conclure de là qu'elle soit la plus pesante, parce que la détermination du poids d'un corps ne se prend pas seulement de sa grosseur, mais encore de sa densité. Une éponge grande et sèche, est plus légère qu'une autre plus petite mouillée, dont la substance pénétrée d'eau, est devenue plus dense. Après le milieu de la grossesse, la tête du fœtus augmente peu-à-peu en gravité, et surpasse ensuite de poids les autres membres pris séparément, comme ceux-ci la surpassoient auparavant. Ajoutez à cela que la tête se meut nécessairement d'après les lois de la gravité des corps vers le centre de la terre. Si donc on considère comme ronde la configuration propre originaire du fœtus dans la matrice, on comprendra aisément comment le fœtus peut se tourner, pour ainsi dire, autour de son propre axe.

442. Il est également surprenant que la situation originaire du fœtus dans la matrice, ayant la tête tournée en devant, qui a été si bien décrite par les anciens, soit non-seulement révoquée en doute par les modernes, mais même qu'ils soutiennent le contraire; c'est-à-dire, que le fœtus a originairement la tête tournée en bas; quoique très-souvent on voit des exemples du contraire dans les accouchemens à terme, et constamment dans ceux qui ont lieu prématurément.

443. On ne prétend pas dire cependant, que cette conversion du fœtus dans la matrice, appelée *culbute*, nécessaire à l'accouchement, ait toujours lieu, comme on le croyoit autrefois, avec violence et tout d'un coup, quoique cela puisse arriver quelquefois; mais on doit plutôt croire qu'elle se fait lentement, et qu'elle n'a lieu que dans le courant du sixième ou du septième mois, puisqu'alors seulement on commence à observer ce phénomène, et qu'on peut mieux en donner la raison.

444. On peut d'ailleurs soutenir que le fœtus ne se

replie

replie jamais à l'envers du côté du dos, et qu'il ne se retourne que rarement en arrière, mais le plus souvent, et même presque toujours en devant, (§. 439.) quelquefois seulement sur les côtés; puisque la tête penche en bas et en devant sur la poitrine (§. 430, 438), et que la situation naturelle du fœtus dans la matrice est d'avoir le dos recourbé en arrière et la face tournée en devant, la tête en dessus et les fesses en bas. (§. 438.)

445. Par conséquent, on peut dire que les mauvaises positions de la tête dans l'accouchement dépendent originairement de la fausse position du fœtus dans la matrice, en vertu de laquelle la culbute s'est mal faite.

446. Enfin, on peut croire que les autres accouchemens contre nature, dépendans de ce qu'il se présente des parties qui n'ont pas coutume de se prêsenter, reconnoissent pour cause la culbute du fœtus dans la matrice; ou qu'ils ont lieu, parce qu'elle ne se fait pas du tout, ou qu'elle se fait incomplètement, sans que la bonne ou mauvaise position originelle du fœtus y soit pour quelque chose.

447. On peut aussi bien concevoir les causes efficientes des phénomènes que présentent les accouchemens contre nature, que le motif pour lequel la position originaire du fœtus dans la matrice, est tantôt bonne, tantôt mauvaise. (§. §. 360, 370.)

448. L'accouchement naturel dépend en grande partie des bonnes disposition et situation de la tête; mais nous ne pouvons les reconnoître et les déterminer si nous ne connoissons bien exactement la tête même du fœtus dans toutes ses parties ainsi que ses propriétés : c'est pourquoi elle demande à être considérée en particulier.

449. La tête du fœtus, avant l'accouchement, est la partie qui a acquis le plus de dimension et de poids, et qui est devenue proportionnellement la plus volumineuse. (§. 441.) Mais, après l'accouchement, la proportion de son accroissement, relativement aux autres parties, change et fait des progrès dans un sens opposé : il n'en est pas

ainsi de la force et de la solidité qu'elle acquière avant et après l'accouchement.

450. Si on considère la forme extérieure de la tête, on y remarque deux larges bases et deux sommets, parce que, à proprement parler, la base du crâne ayant le vertex pour sommet, la pointe de l'occiput a pour base la face.

451. On peut distinguer ces bases entre elles par les épithètes d'antérieure et d'inférieure, puisque les noms opposés de supérieur et de postérieur, conviennent à leur sommet. Ces bases, ainsi que leurs sommets, doivent, dans l'accouchement naturel de la tête, se développer et varier de telle manière que l'un prenne la place de l'autre, presque comme un arc de cercle, tandis que la tête se meut autour de son propre axe.

452. Les os qui forment les deux bases de la tête (§. 450.) ont une structure beaucoup plus solide que ceux du sommet qui leur sont opposés; la voûte osseuse du crâne étant formée de plusieurs morceaux unis par le moyen de sutures, qui, par leur concours, laissent en certains endroits des espaces presque vides, ou plutôt des interstices membraneux, connus sous le nom de *fontanelles*.

453. Parmi les sutures de la tête, les plus remarquables sont la frontale, la coronale, la sagitale et la lambdoïde; et celles qui méritent la principale attention, sont la fontanelle antérieure ou la grande, et la postérieure ou la petite.

454. Cette structure des parties de la tête, a non-seulement son avantage dans toute espèce d'accouchemens, mais encore on peut reconnoître la bonne ou mauvaise position de la tête, et pressentir la nature et les suites de l'accouchement lui-même par la position des fontanelles, par le cours et la direction des sutures, et par leur proportion avec les diamètres du bassin.

455. La tête a encore trois axes qu'il est nécessaire de connoître. Le premier, perpendiculaire, n'est que la

continuation de celui du corps lui-même. Il traverse ordinairement la base du crâne, et va à son sommet, c'est-à-dire, au vertex. (*Tab.* 3, *fig.* 3.)

456. Cet axe perpendiculaire mérite sur-tout beaucoup d'attention dans la mauvaise position de la tête lors de l'accouchement. Au commencement de l'accouchement *naturel*, il s'approche davantage par son extrémité de la pointe de l'occiput, que du vertex même; et, à mesure que l'accouchement avance, il ne s'approche du centre du vertex qu'à mesure que la tête se développe autour de son propre axe transversal. (*Tab.* 2, *fig.* 3.)

457. Le second axe de la tête est l'axe transversal: il traverse la tête d'un pariétal à l'autre immédiatement au-dessous des points d'ossification de ces os. (*Tab.* 2, *fig.* 2.)

458. Le troisième axe de la tête est apelé axe longitudinal. Il vient du centre de la base antérieure de la tête, et en traverse le sommet postérieur ou le centre de l'occiput. Ces deux axes méritent également beaucoup d'attention dans les positions contre nature de la tête, lors de l'accouchement, et ont beaucoup de rapport avec les autres diamètres de la tête. (*Tab.* 2, *fig.* 3.)

459. La tête du fœtus présente deux principaux diamètres; l'un, grand, se prend en long; l'autre, petit, en travers. Le grand diamètre forme la distance qui se trouve entre la base antérieure et la pointe postérieure de la tête (§. 450.); et dans les enfans de moyenne grosseur, il a coutume d'être de quatre pouces. Le petit diamètre détermine la distance des os pariétaux d'un de leurs points d'ossification à l'autre, et a ordinairement trois pouces et demi.

460. Ces diamètres se prennent facilement avec un céphalomètre ou mesure-tête.

461. Comme un corps mis en mouvement suit toujours la ligne la plus droite, on remarque, avec l'extrémité du doigt, que la tête, au commencement de l'accouchement, se place de manière que son plus grand diamètre répond

au diamètre correspondant du bassin; mais à mesure que l'accouchement fait des progrès, lorsque la tête est parvenue dans la cavité du bassin, sa ligne droite prend la direction du diamètre oblique du bassin : enfin, arrivée au détroit inférieur, elle se trouve dans une direction telle que le grand diamètre de la tête répond au plus petit diamètre du bassin, direction dans laquelle le visage est tourné en arrière.

462. Pendant ces différens tems de l'accouchement, le diamètre de la tête éprouve des changemens nécessaires proportionnés aux diamètres du bassin, et décrit dans son passage à travers le bassin, la quatrième partie d'un cercle; l'axe perpendiculaire du corps prend aussi une autre direction, parce que le menton s'éloigne de plus en plus de la poitrine, et que la tête commence à tourner sur son axe transversal, et à décrire une portion de cercle; mais sur la fin de l'accouchement, le grand diamètre de la tête est trop volumineux en comparaison du petit diamètre du bassin (§. 459.), et l enfant ne peut venir au monde et franchir le détroit que par le moyen d'un développement successif.

463. Ce n'est certainement pas par l'effet d'un mouvement simple, comme le prétend Boer, mais bien par un mouvement très-composé, que la tête parvient à effectuer son passage à travers le bassin, lors même que dans certaines positions du fœtus, et dans des circonstances particulières, relatives à la tête et au bassin, les choses pourroient se passer autrement.

464. Nous terminerons ailleurs ce que nous avons encore à dire sur cet objet. Maintenant nous allons nous occuper de l'accouchement.

SECTION IV.

De l'Accouchement.

465. PAR le mot *accouchement*, on entend quelquefois l'acte ou l'action d'accoucher, quelquefois l'enfant même venu au monde, ou le produit de l'accouchement. Les accoucheurs prennent ordinairement ce mot dans la première acception, et le distinguent du fœtus lui-même. Les sages-femmes comprennent encore sous ce nom, les parties génitales.

466. On entend donc ordinairement par accouchement, cette fonction naturelle d'une femme enceinte, par laquelle, au moyen de ses propres forces, elle opère la sortie du fœtus et des membranes qui l'enveloppent, hors de la matrice.

467. On voit aisément par-là, en quoi l'accouchement naturel diffère de l'accouchement contre nature, et de celui qui ne se fait qu'artificiellement.

CHAPITRE I.

De la division de l'Accouchement.

468. L'ACCOUCHEMENT ou l'acte d'accoucher se termine ou naturellement, ou artificiellement; il se divise relativement à l'époque de la grossesse à laquelle il arrive, et relativement à la manière dont il s'effectue.

469. Relativement à l'époque à laquelle il arrive, on l'appelle *accouchement précoce*, *accouchement à terme*, ou *accouchement tardif*. Il y a encore une distinction à faire, relativement à l'accouchement précoce et à l'accouchement prématuré.

470. L'accouchement précoce est celui qui a lieu, à dater du milieu de la grossesse jusqu'au septième mois, et qui, par conséquent, a coutume d'arriver le plus souvent dans le sixième mois. Le prématuré est celui qui arrive du septième mois jusque peu avant le terme fixe de l'accouchement, et par conséquent, dans le septième, le huitième ou le neuvième mois.

471. Il est aisé de conclure, d'après cela, quels doivent être l'accouchement à terme et l'accouchement tardif.

472. Assez souvent on fait croire ou par fourberie, ou par ignorance, ou par erreur de calcul, que des accouchemens ont été tardifs; quoique, dans le fait, l'accouchement tardif soit impossible.

473. Ainsi on donne quelquefois par fourberie pour prématurés, des accouchemens qui ne le sont point : on ne doit regarder comme réellement prématurés que ceux dans lesquels le volume et le poids du fœtus sont beaucoup moindres que dans l'état naturel, et dans lesquels les autres signes de prématurité se rencontrent.

474. De même, par ignorance ou par erreur, comme il a été dit (§. §. 223, 224.), on suppose prématuré, un accouchement qui ne l'est point : mais alors la *maturité* du fœtus prouve que l'accouchement n'est point prématuré.

475. Quelques auteurs regardent aussi l'avortement comme un accouchement prématuré; mais, à proprement parler, ce nom ne convient qu'aux accouchemens qui ont lieu avant le milieu ou au milieu de la grossesse, et dans lesquels l'enfant est toujours mort. Cela arrive ordinairement dans le troisième mois.

476. Par rapport à la manière dont s'opère l'accouchement, on le divise en naturel et en contre nature. L'un et l'autre peuvent se terminer facilement ou difficilement, et par-là même, avoir une issue heureuse ou malheureuse.

477. L'accouchement naturel facile est celui dans lequel le fœtus présente la tête seule dans une bonne

position, et vient au monde vivant, en peu de tems, et par les seules forces de la nature. Il est facile de déduire de là, quel est l'accouchement naturel, mais difficile.

478. L'accouchement naturel est donc seul dans son genre, et n'a pas besoin d'être divisé, quoique quelques écrivains, même parmi les plus modernes, soutiennent le contraire, et en aient établi trois espèces; ils ont contre eux le plus grand nombre d'auteurs, et les plus anciens.

479. Il faut encore beaucoup d'autres conditions, tant de la part de la mère que de celle du fœtus, pour que l'accouchement soit naturel : les principales sont : 1°. que la mère accouche à tems, et soit saine; 2°. que le bassin ait une bonne conformation, ou du moins qu'il soit en proportion avec le fœtus, et que les autres parties génitales soient bien disposées; 3°. que l'axe de la matrice et du fœtus coïncident avec celui du bassin; 4°. que la femme éprouve de bonnes et de véritables douleurs; 5°. que le fœtus soit sain, et qu'il ait le volume et le poids convenables, ou que ses proportions se rapportent à celles du bassin; 6°. que le fœtus présente seulement la tête, de manière que sa partie antérieure soit tournée en arrière, et la postérieure en devant, afin que l'accouchement s'effectue en peu de tems, et n'éprouve aucun obstacle.

480. Les divers défauts sont reconnus et déterminés par leurs caractères propres; et, en les prenant en particulier, on reconnoît que l'accouchement a été prématuré aux signes suivans. 1°. La peau de l'enfant est très-rouge à la face et aux extrémités. 2°. Il a le corps, et principalement le dos, les bras, les joues, couverts d'un léger duvet. 3°. Son corps et sur-tout ses membres ne sont pas perfectionnés, ce qui fait qu'il n'a ni son volume, ni son poids naturel. 4°. Le crâne est mince et souple; les os de la tête se chevauchent beaucoup et avec facilité; les sutures, et sur-tout les fontanelles, principalement l'antérieure, sont très-larges. 5°. La face est défigurée, remplie de rides

et de plis, et présente un aspect de vieillesse. 6°. Chez les mâles, le scrotum est très-rouge, un peu gonflé et les testicules n'y sont point encore. 7°. Enfin, le fœtus a la voix foible, dort plus qu'il ne devroit, ne cherche point les seins, les suce mal, etc.

481. Au contraire, le fœtus est à terme, quand outre le défaut des signes précédens, il a la taille et le poids convenables. Un fœtus qui a pris son accroissement total dans le sein maternel, doit avoir environ dix-huit ou dix-neuf pouces de Paris de grandeur, et peser entre six et sept livres.

482. On peut mesurer très-aisément le poids et la grandeur d'un enfant qui vient de naître par le moyen d'un baromacromètre. (*Tab.* 12, *fig.* 2.)

483. Les accouchemens contre nature, qui le plus souvent réclament les secours de l'art, se terminent facilement ou difficilement, de même que ceux qui se terminent naturellement; ils requièrent l'usage de la main ou des instrumens, et ont, selon les circonstances, une issue heureuse ou malheureuse.

484. C'est pourquoi on distingue deux classes d'accouchemens contre nature; savoir, ceux qui se font par la tête et ceux qui se font par les pieds. Ces deux classes comprennent différens genres, et ceux-ci différentes espèces.

485. En outre, l'accouchement peut être simple ou multiplié, c'est-à-dire, d'un ou de plusieurs fœtus.

486. Enfin, l'enfant peut être vivant ou mort.

487. Un enfant vivant peut, d'après Hyppocrate, être viable ou non. Mais accorder la viabilité à un fœtus de sept mois, et la refuser à un de huit, est quelque chose d'absurde, et qui ne mérite pas qu'on s'y arrête; car la raison et l'expérience sont également contraires à cette sentence du père de la médecine.

CHAPITRE II.

Des signes qui indiquent que l'Enfant est mort ou vivant.

488. Les signes qui indiquent que l'enfant est vivant ou mort, sont de deux espèces, c'est-à-dire, certains ou incertains.

489. On juge d'une manière incertaine et seulement conjecturale que l'enfant est mort, 1°. Quand la mère a, par hasard, souffert quelque violence occasionnée par une chûte, par une contusion, etc. 2°. Lorsqu'elle se plaint d'une espèce de poids situé profondement dans le bas-ventre. 3°. Si la femme se couche de l'un ou de l'autre côté, le ventre tombe du même côté. 4°. Les parties sont froides au toucher. 5°. Depuis quelque tems la mère n'a pas senti les mouvemens du fœtus. 6°. Les seins sont devenus flasques et se sont affaissés; et il s'est manifesté divers autres accidens morbifiques.

490. Tous ces signes cependant ne sont pas d'égale valeur, et on ne les rencontre pas toujours réunis.

491. Les signes qui caractérisent la mort du fœtus se prennent en partie par le toucher interne, en partie par le toucher externe, lors de l'accouchement.

492. Pour cet effet, il ne suffit pas de toucher extérieurement le ventre de la femme, mais il faut encore toucher les parties que le fœtus présente.

493. On peut se convaincre de la vie du fœtus, 1°. par ses mouvemens que l'on sent lorsqu'on palpe extérieurement l'abdomen; 2°. par la pulsation qui, selon la position du fœtus, peut se sentir à la fontanelle, à la région du cœur, au cordon ombilical ou ailleurs; 3°. par le mouvement de quelques-uns des membres du fœtus, et dans quelques cas, par celui de la langue; 4°. par la tumeur

qui existe encore, ou qui croît, laquelle est formée par la tête ou par quelque autre partie que présente le foetus; 5°. par la tête qui se retire ou se meut après les douleurs à un certain période de l'accouchement, lorsque cela ne dépend pas de l'entortillement du cordon ombilical autour du col; 6°. par le resserrement du sphincter de l'anus dans quelques cas.

494. Les signes qui indiquent que l'enfant est mort, sont: 1°. Le défaut de quelques-uns des signes précédens. 2°. L'état de flaccidité et de relâchement des parties du fœtus, principalement de la tête ou de sa tumeur. 3°. Les os du crâne sont très-chevauchés et faciles à se mouvoir les uns sur les autres. 4°. La couleur noirâtre de quelque partie déjà sortie. 5°. L'issue du mœconium dans certaines positions du fœtus dans la matrice, sur-tout dans l'accouchement par la tête, principalement lorsque cette ordure sort immédiatement après l'issue des eaux, et que celles-ci en ont déjà pris la couleur pour s'être mêlées avec le mœconium. 6°. Le sphincter de l'anus, dans certains cas, est très-dilaté, et n'est plus capable de se resserrer. 7°. La séparation de l'épiderme. 8°. L'issue des humeurs muqueuses qui ont une mauvaise couleur, et qui est accompagnée de pus que rendent les parties de la mère.

495. Il faut néanmoins observer que ces signes de la mort du fœtus ne sont pas également certains; quelques-uns d'eux admettent des exceptions, et la meilleure preuve ne se tire que du concours de plusieurs.

496. A présent, excepté chez les catholiques romains, à cause du baptême dans la matrice, on ne donne plus autant d'importance à la certitude des signes de vie ou de mort du fœtus, excepté pour porter un pronostic juste, et pour notre propre satisfaction, puisqu'un accoucheur habile et honnête homme, doit opérer ni plutôt, ni plus tard qu'il convient, même sur un fœtus mort, et qu'il doit bien rarement se conduire différemment qu'il le feroit, si le fœtus étoit vivant. Dans les cas d'accouchemens plus difficiles,

où l'usage des instrumens est indispensable, il doit toujours essayer d'abord ceux qui sont le moins nuisibles, le plus récemment inventés, et ne passer à ceux dont l'emploi peut être funeste à la mère ou à l'enfant, sans une nécessité et une évidence reconnues.

497. L'accouchement d'un enfant mort, quand il n'y a aucun obstacle, se fait par les forces de la nature, et sans plus de difficultés; quelquefois même il se fait plus facilement que celui d'un enfant vivant, puisqu'il n'est pas absolument vrai que le fœtus coopère à son propre accouchement, comme quelques modernes l'ont pensé d'après les anciens; car si cela étoit, l'accouchement de tout enfant mort réclameroit les secours de l'art.

498. L'enfant mort se putréfie très-promptement après l'issue des eaux, et cette putréfaction (qu'il n'est pas impossible de connoître, lors même que les membranes sont encore fermées), fait des progrès rapides.

499. Il est rare, et sur-tout dans le dernier cas, que l'enfant mort, même depuis long-tems, ait avant ou après l'accouchement, aucune influence délétère sur la santé de la mère.

500. L'opinion de ceux qui pensent qu'une mère qui a mis au monde un enfant mort, est moins incommodée que les autres par le lait après l'accouchement, est également contredite par l'expérience.

501. Si l'enfant est mort seulement pendant l'acte de l'accouchement, on le reconnoîtra au gonflement et au changement de couleur qu'on observera sur la tête ou sur quelque autre partie du corps, ou par des taches livides dans le cas d'accouchement contre nature.

502. Mais s'il est mort avant l'accouchement, les signes précédens n'ont pas lieu, et on trouve le Fœtus et les membranes dans un état de putréfaction.

503. Quant à ce qui regarde la question de décider si un enfant mort a vécu après sa naissance ou non, cela exige non-seulement de faire avec exactitude les remarques

indiquées (§. §. 501, 502.), mais encore d'en faire la section anatomique, et de faire sur les poumons des expériences bien conduites et bien approfondies, pour porter un jugement.

CHAPITRE III.

De la vie du Fœtus dans la matrice et hors de sa cavité.

504. La vie du fœtus dans la matrice est bien différente de celle dont il jouit quand il en est dehors. Si l'on considère les fonctions qui s'exécutent dans le corps du fœtus avant et après l'accouchement, on peut, en quelque sorte, dire que, dans le premier, il ne jouit que d'une vie végétale, tandis que, dans le second, il vit de la vie animale.

505. La vie végétale du fœtus avant l'accouchement, ne consiste que dans une circulation imparfaite du sang, et dans quelques mouvemens de ses membres, mais sans respiration. La vie animale consiste dans la respiration, et dans une circulation libre et plus parfaite du sang dans les poumons.

506. Chacun passe de la vie végétale à l'animale, et ce passage naturel a lieu à l'époque de l'accouchement.

507. Il arrive quelquefois, dans des accouchemens difficiles, que différens fœtus viennent au monde foibles, vivant seulement d'une vie végétale, et meurent sans avoir assez respiré. C'est pourquoi le passage naturel de la vie végétale à la vie animale étant si difficile pour ces enfans, on doit le faciliter autant que possible par tous les moyens de l'art.

508. Les secours efficaces que, dans ce cas, on peut donner aux enfans dont la vie est en danger, sont presque les mêmes que ceux qui conviennent aux enfans noyés depuis peu, ou suffoqués de quelque autre manière : ils

consistent à rétablir la respiration et la circulation libre et uniforme du sang dans tous les viscères, puisque ces malheureux ont coutume de retourner de la vie animale à la végétale, et de passer très-promptement de celle-ci à la mort. Il paroît cependant qu'un enfant venu au monde foible, reste un peu plus long-tems dans l'état de vie végétale qu'un adulte.

509. Dans ces cas, qui sont assez communs, une règle générale, prescrite par la raison, est de ne pas interrompre la communication qui existe entre la mère et l'enfant avant que celui-ci ait respiré. Cependant la raison n'empêche pas, elle ordonne même quelquefois que l'on s'écarte de cette règle générale, et que l'on se comporte d'une manière opposée dans les cas où une petite saignée faite par le cordon ombilical, peut être d'un secours plus prompt et plus efficace.

510. C'est un mauvais signe quand la vie végétale du fœtus est si foible, qu'il ne sort plus de sang par le cordon ombilical, ou qu'il ne fait qu'en transuder un peu, et seulement gouttes à gouttes. On doit alors, sans perdre de tems, recourir aux moyens capables de ranimer la circulation affoiblie, et de la rétablir, si cela est possible.

511. Le bain chaud, les mouvemens de toute espèce, l'application des stimulans sur tout le corps ou sur quelques parties du fœtus, remplissent parfaitement cette indication.

512. Les moyens les plus efficaces sont les frictions sur la région du cœur, de l'épine ou des membres, dans le bain chaud, ou au dehors, faites avec des morceaux de drap chaud, ou avec une brosse, etc.

513. Les remèdes volatils ou spiritueux portés dans la bouche ou les narines du fœtus ne sont pas des moyens à négliger.

514. L'irritation mécanique exercée dans le nez avec les barbes d'une plume, ou dans la bouche avec le doigt, irritation par laquelle on provoque des nausées qui vont

quelquefois jusqu'au vomissement, et qui opèrent, par conséquent, de fortes secousses dans toute la machine, est un des moyens les plus efficaces qu'on puisse employer.

515. Parmi les moyens extérieurs les plus usités, l'aspersion de l'eau froide sur le corps du fœtus est aussi un des plus efficaces et des plus propres à produire une exciation capable de ramener l'enfant à la vie.

516. Un autre moyen, est l'insufflation artificielle de l'air et la secousse de la poitrine.

517. Quelques auteurs donnent comme un bon moyen la succion des mamelles; mais les lavemens âcres, et surtout ceux de fumée de tabac, sont préférables à ce moyen, dont l'effet ne peut être que fort lent, parce que les intestins sont les dernières parties qui meurent, qu'ils conservent souvent leur irritabilité plus long-tems que le cœur même, et que lorsqu'on est une fois parvenu à rendre la vie à une partie, il est plus facile de faire revivre les autres.

518. Néanmoins tous ces moyens, quelque nombreux qu'ils soient, ont trop rarement l'effet désiré, et on se convaincra de leur inefficacité, 1°. Si la bouche est toujours pâle; 2°. si la mâchoire inférieure reste constamment abaissée et éloignée de la supérieure ; 3°. si les yeux sont continuellement fermés; 4°. si la voix et la respiration manquent entièrement; 5°. si l'on n'aperçoit aucun mouvement dans les membres ; 6°. si tout le corps est dans un état de relâchement et de flaccidité; 7°. si la pulsation ne se fait plus sentir dans le cordon ombilical et à la région du cœur.

519. Au contraire, on aura quelque espoir si on observe les phénomènes suivans : 1°. Si le sang coagulé commence à sortir du cordon ombilical, dans le bain chaud; 2°. si on aperçoit quelque léger mouvement de la poitrine, 3°. ou seulement une respiration convulsive et interrompue par des sanglots ; 4°. si les yeux s'ouvrent, du moins en partie ; 5°. si l'enfant fait entendre une voix très-petite

et comme lamentable. Enfin, un enfant qui vient de naître, foible et mort en apparence, est quelquefois rendu à la vie, si on le tient de haut en bas, comme réciproquement les adultes meurent ordinairement si on les tient de bas en haut.

CHAPITRE IV.

Des lois fondamentales d'après lesquelles l'Accouchement naturel s'opère.

520. De même que l'action d'une machine s'explique et se conçoit par l'examen de sa construction et des forces qui la meuvent, de même l'opération de l'accouchement, tant naturel que contre nature, est fondée sur les principes mécaniques; d'où il résulte que chaque accouchement est susceptible d'une démonstration mathématique, avec cette différence seulement que dans les cas d'accouchement naturel, on en trouve les lois dans le corps même de la femme, tandis que dans l'accouchement contre nature, on emploie souvent d'autres machines et d'autres forces.

521. Cependant, dans le cas d'accouchement contre nature, l'accoucheur doit, d'après les principes mécaniques de l'art des accouchemens, savoir créer lui-même les règles qui lui sont nécessaires, et en faire une juste application; et cela, tant pour aider la nature, avec connoissance de cause, lorsqu'il se présente quelque obstacle à l'accouchement, que pour ne pas la troubler, lorsqu'elle peut se suffire à elle-même, au moyen des lois établies par le créateur. Il faut en effet autant de talens pour aider la nature à tems, que pour la seconder et la livrer à elle-même dans certains cas.

522. Pour celà, il importe sur-tout de bien connoître les lois naturelles qui ont lieu chez la femme enceinte et chez celle qui accouche, en un mot, l'histoire et la marche

de l'accouchement naturel; il importe que l'on compare ce qui est naturel avec ce qui est contre nature; il importe enfin que l'on fasse, dans ce dernier cas, un usage raisonnable de ce qui convient davantage, que l'on empêche les écarts de la nature, et qu'on la rappelle dans le bon chemin.

523. De même que la matrice est subordonnée à des lois établies dans l'état naturel, de même aussi elle en suit dans l'état de grossesse et dans l'accouchement, en se comportant néanmoins d'une manière très-différente, suivant les cas, mais toujours cependant d'après un ordre et des règles déterminées, de la même manière que quand le corps est affecté de quelque accident morbifique.

524. Pendant tout le tems de la grossesse, la disposition naturelle de la matrice et de ses dépendances, est telle que tout le segment inférieur de la matrice exerce un antagonisme presque constant avec les parties supérieures et moyennes qui la forment. Cet antagonisme contribue au maintien de l'équilibre.

525. En conséquence, le segment inférieur de la matrice, pendant ce tems, reste actif aussi long-tems que possible, tandis que les autres segmens qui sont inactifs, entretiennent l'équilibre. Admettant cependant qu'aucune partie vivante du corps humain, ne peut rester dans un état tout-à-fait passif, mais qu'elle conserve aussi plus ou moins d'action; ce qui n'est contesté de personne.

526. Cette action ou activité des parties inférieures de la matrice, à l'égard des parties supérieures qui sont passives, et une proportion convenable de ces deux forces tour-à-tour opposées, sont extrêmement nécessaires, et il est important qu'elles durent jusqu'au commencement de l'accouchement naturel, pour que la femme n'accouche pas avant le terme fixé par la nature, comme cela arrive souvent par défaut de ces forces mécaniques. (§. §. 146, 524.)

527. Mais les choses se passent différemment dans l'accouchement:

l'accouchement : le segment inférieur de la matrice se trouve enfin tellement affoibli par sa propre distension, qu'il cesse de jouir d'une activité prépondérante. Bientôt les segmens supérieurs agissent sur l'inférieur qui, ne pouvant résister plus long-tems à leur action, commence à s'ouvrir.

528. Par conséquent, la plus grande partie du segment inférieur de la matrice, et particulièrement l'orifice, est, à cette époque, dans un état contraire, c'est-à-dire, dans un état passif, en tant que les parties supérieures manifestent de l'activité; d'où il résulte qu'il se fait un échange réciproque entre les forces des uns et des autres, de manière que quand les unes sont actives, les autres sont proportionnellement passives, *et vice versâ*.

529. A l'époque de l'accouchement, ces dispositions, opposées dans l'ordre naturel à celles de la grossesse, sont nécessaires pour que la mère puisse accoucher elle-même et par les voies naturelles: sans cette condition, la femme ne pourroit jamais accoucher naturellement, parce que l'orifice de la matrice ne s'ouvrant pas à cette époque, et continuant de conserver sa prépondérance sur les autres parties de la matrice elle-même, celle-ci seroit obligée de crever, comme cela arrive quelquefois. Cet accident rare, mais terrible, ne peut s'expliquer qu'à l'aide des principes que nous venons de développer.

530. La disposition de ces parties change de nouveau immédiatement après l'accouchement; elles suivent leurs lois primitives, et reprennent presque totalement leur premier état.

531. En effet, il n'est pas aussi difficile aux parties de la matrice de se conformer de nouveau aux lois qui sont relatives à l'état de grossesse (§. 524.), que de changer cet état en celui d'accouchement. (§. 527.) Car le segment inférieur de la matrice, qui, comparativement, a plus de fibres musculaires et moins de vaisseaux que les parties supérieures, a été beaucoup moins distendu, tant

à l'égard du volume qu'à l'égard du tems; en outre, le segment inférieur a en totalité moins souffert, et il est resté moins affoibli de la petite distension qu'il a éprouvée que les parties supérieures de la matrice. Il en résulte qu'il est plutôt en état de reprendre et de faire valoir sa primitive prépondérance sur les autres parties.

532. La même alternative doit aussi se répéter une seconde fois à l'égard des secondines, quoique le passage naturel de ces parties, comparativement plus petites que le fœtus, ou, si l'on veut, ce second accouchement s'opère absolument par les mêmes lois, sans quoi il seroit environné de difficultés et de dangers.

533. Aussitôt après l'issue des secondines opérée par ces lois naturelles ou par d'autres lois artificielles, toutes les parties de la matrice, c'est-à-dire, le fond, le col, et l'orifice, commencent à se contracter uniformement et d'après leurs propres lois dans l'état de non grossesse, pour reprendre, de cette manière, la forme qu'ils avoient auparavant; et c'est pendant ce tems que se fait l'écoulement des lochies.

534. Lors du passage du fœtus hors de la matrice, la substance de celle-ci devient plus épaisse, à mesure que sa cavité se rétrécit: mais après qu'elle a rejeté le placenta, et que sa cavité ne contient plus qu'un petit espace oviforme, alors elle a déjà acquis, par son propre ressort, son plus grand degré de grosseur; de manière que, par la suite, ses parois reprennent de haut en bas et peu-à-peu leur volume ordinaire, par la sortie du sang accumulé dans leurs vaisseaux, et continuent de diminuer de volume; alors la matrice reprend son état primitif, et sa cavité récupère la forme de l'espace triangulaire curviligne, presque comme elle étoit auparavant. (§. 115.)

535. Aucune partie de la matrice ne l'emporte dorénavant sur les autres, et l'orifice de la matrice qui ne se ferme pas de suite parfaitement, laisse aux humeurs la facilité d'en sortir librement et sans occasionner de douleurs.

630. Dans le cas où il existeroit un corps étranger dans la matrice, ou s'il y avoit du sang coagulé, ce qui feroit l'effet d'un corps étranger, les parties de la matrice seroient forcées de répéter les mêmes manœuvres d'après les mêmes lois, ce qui ne s'exécute jamais sans occasionner des douleurs, jusqu'à ce que la disposition des parties soit telle qu'elles puissent reprendre leur destination naturelle.

537. Ces vérités nous indiquent un procédé dont la pratique ne peut être que très-avantageuse aux femmes en couche.

538. Lorsque, sans raison particulière, les parties n'agissent pas régulièrement les unes à l'égard des autres, et sur-tout lorsque l'orifice de la matrice, par son antagonisme prédominant, se contracte relativement plus que les autres parties, il en résulte nécessairement de fortes douleurs, que l'on appelle *convulsives*.

539. Nous pouvons déduire de ces principes une connoissance précise de la nature et des usages des douleurs consécutives, et nous en concluons que l'on peut y remédier par les mêmes moyens avec lesquels on combat les douleurs intestinales, mais non pas avec l'huile d'amandes douces. On peut aussi, d'après les mêmes principes, rendre compte des douleurs qui accompagnent quelquefois la menstruation.

540. Si l'orifice de la matrice s'est contracté spasmodiquement, et s'il s'est presque tout-à-fait fermé, la femme court alors les dangers d'une hémorragie interne cachée, hémorragie qu'un homme instruit reconnoît facilement à ses propres signes, quoique le diagnostic de cet accident dangereux soit plus difficile que la cure même.

541. Lorsque les parties de la matrice, prises en particulier, ou l'une après l'autre, oublient de se contracter comme elles doivent le faire d'après les lois primitives, et qu'elles restent au contraire inactives ou paralytiques,

la mère court manifestement le danger plus grand d'une hémorragie externe.

542. Le premier cas est incomparablement plus rare que le second : tous deux réclament les secours d'un accoucheur très-instruit, puisqu'il s'agit d'un accident qui menace de très-près les jours de la femme.

543. Quoique la nature n'ait pas d'autres lois fondamentales en vertu desquelles elle opère dans l'accouchement naturel, on n'en doit pas moins admirer le phénomène rare, mais réel, d'une femme qui, morte dans le travail de l'accouchement, met, peu après sa mort, un enfant au monde, sans l'aide de personne : à la vérité, les cas de cette espèce exigent certaines conditions qui en facilitent l'intelligence et l'explication.

CHAPITRE V.

Des causes en vertu desquelles s'opère l'Accouchement naturel.

544. AUTANT il importe de connoître les lois fondamentales de l'accouchement (§. 524 *et suiv.*); autant il est nécessaire de peser au poids de la raison les causes par lesquelles il s'opère.

545. Si l'on fait attention aux causes efficientes de l'accouchement naturel, on parvient à découvrir certaines lois, tant en-dedans qu'en-dehors de la matrice, qui opèrent l'accouchement par des forces mécaniques.

546. Ces diverses forces mécaniques opèrent presque d'elles-mêmes, mais non pas en même-tems.

547. Ainsi la force efficiente de ces causes n'est pas continue et constante, mais elle est interrompue et rémittente.

548. L'état actif de ces causes efficientes est connu des personnes de l'art, sous le nom de *contractions utérines*, et vulgairement sous celui de *douleurs*. C'est, à

proprement parler, en cela que consiste ce que l'on nomme *le travail douloureux de l'enfantement.*

549. On ne doit cependant pas confondre les contractions de la matrice avec les douleurs; car ce seroit prendre l'effet pour la cause.

550. Les causes des douleurs ou les contractions de la matrice ne sont pas d'elles-mêmes et de leur nature douloureuses, de même que le stimulus naturel ou les matières fécales ne le sont pas pour l'anus; et la femme accoucheroit sans douleurs, si le segment inférieur de la matrice, ou les parties voisines appartenant à la mère, ne résistoient fortement au passage du fœtus, en occasionnant des douleurs par leur antagonisme.

551. En effet, la première contraction de la matrice qui se remarque intérieurement ou à l'extérieur, n'est ordinairement pas douloureuse au moment même; mais les douleurs qui ne sont que l'effet de cette contraction, se font sentir quelques secondes après la contraction elle-même qui en est la cause.

552. Cependant le siége des douleurs, de même que celui des contractions de la matrice, considérées comme leur cause, est étranger à la matrice et sur-tout aux nerfs, puisque les premières douleurs se font d'abord sentir à l'os sacrum. Les douleurs convulsives et la manière dont elles se guérissent, prouvent encore que la cause des contractions réside dans les nerfs.

553. Cependant les contractions qui reviennent à plusieurs reprises des parties supérieures de la matrice, n'opèrent pas toujours également et avec la même force; c'est pourquoi les douleurs qui ne viennent pas de la matrice, et leur effet sur les parties inférieures, ne peuvent avancer qu'en proportion de celles-là.

554. Et comme, peu avant l'accouchement, les parties de la matrice n'ont, en général, d'autre activité que leur résistance, qui les empêche de se distendre davantage; par conséquent, pendant l'accouchement, la différente

force des douleurs (§. 553.) dépend principalement de la qualité des parties de la matrice et du tems de l'accouchement, pendant lequel celles-ci se contractent.

555. Lorsque les parties de la matrice se contractent, elles ont beaucoup moins d'effet prises séparément, que réunies; car le fond de la matrice, considéré seul, n'est point aussi actif que lorsqu'il agit de concert avec le corps; ensuite de ces contractions, le col de la matrice et son orifice, cèdent et s'ouvrent, mais non pas sans avoir offert de la résistance : ainsi on peut dire qu'au moment des douleurs, toutes les parties sont contractées, mais en différens sens, et daus des proportions différentes. (*Tab.* 6, *fig.* 2 *et* 3.)

556. Pour ce qui regarde les différens tems de l'accouchement, au commencement ou dans le premier tems de l'accouchement, le fond de la matrice montre son activité seulement par une action légère, et le corps par sa résistance naturelle; le col et l'orifice, comme parties inférieures, cèdent en proportion de l'activité des parties supérieures. Dans le second tems de l'accouchement, qui suit de très-près, la résistance du corps de la matrice diminue; l'activité du fond augmente graduellement; le col et l'orifice offrent moins de résistance. Dans le troisième tems, l'accouchement avançant, la force contractile du fond de la matrice devient plus énergique, et à celle-ci se joint encore celle du corps; le col cède tout-à-fait, et l'orifice se dilate de plus en plus. Dans le quatrième et dernier tems, quand l'accouchement est prêt d'être terminé, toutes les parties de la matrice, chacune en proportion de ses forces, se contractent plus fortement; l'orifice supporte seul toute la force de ces contractions, jusqu'à ce que l'élasticité ou la résistance de sa circonférence lui étant entièrement enlevée, l'accouchement est terminé. (*Tab.* 6, *fig.* 1.)

557. Tant que, dans l'un de ces tems de l'accouchement, l'action et la résistance sont égales, tout reste en équilibre,

et l'accouchement n'avance point; mais autant le segment inférieur de la matrice perd de sa résistance, autant la force des parties supérieures augmente; et l'accouchement parcourt ses tems avec d'autant plus de rapidité que tous ces segmens de la matrice ont entre eux une relation réciproque.

558. Il résulte de là, que la matrice doit éprouver de grands changemens, non-seulement pendant tout le tems de l'accouchement, mais encore immédiatement après. (*Tab.* 6, *fig.* 1 *et* 3.)

559. Et comme les contractions de la matrice sont les causes prochaines des douleurs (§. 548 *et suiv.*); par contre, celles-ci impriment un mouvement à d'autres parties du corps qui contribuent sympathiquement à provoquer l'accouchement, et peuvent, avec raison, être regardées comme causes auxiliaires. Ces forces consistent dans la pression du diaphragme et des muscles abdominaux, qui agit sur la matrice dans la direction d'une ligne diagonale qui forme la ligne centrale ou l'axe du bassin.

560. Tous les muscles du corps y coopèrent aussi en quelque manière, parce que la femme qui, par un instinct naturel, cherche à se délivrer, y emploie toutes ses forces, ce qui contribue encore à augmenter ses douleurs.

561. La nature emploie de semblables forces auxiliaires pour pousser au-dehors les excrémens : cette fonction a, en effet, beaucoup d'analogie avec l'accouchement.

562. Le ralentissement ou la suspension des douleurs dépend uniquement du ralentissement ou de la suspension des contractions des parties de la matrice.

563. Et ce ralentissement dans les contractions des parties de la matrice, occasionne sympathiquement le ralentissement des contractions du diaphragme et des muscles abdominaux.

564. Telles sont les causes véritables et naturelles de l'accouchement : ainsi les douleurs reconnoissent ordinairement la contraction de la matrice comme cause

prochaine, et elles en sont l'effet (§. 548 *et suiv.*). Ce sont aussi ces causes qui, par sympathie, mettent en action les forces accessoires (§. 508.), cette autre cause de l'accouchement. On peut aussi exciter les douleurs, et par elles, les contractions de la matrice, au moyen de certains procédés; mais alors les choses avancent dans un ordre inverse.

565. Dans ce cas, on excite d'abord les douleurs auxquelles succèdent de très-près les forces auxiliaires étrangères à la matrice (§. 559.); et à celles-ci se joignent enfin les contractions de la matrice elle-même.

566. L'ordre d'après lequel ces forces artificiellement excitées cessent, est différent de celui par lequel elles se provoquent : elles suivent au contraire l'ordre d'après lequel la nature se comporte ordinairement dans ce travail.

567. Par conséquent, au commencement de l'accouchement, le col et l'orifice opposent une résistance manifeste aux contractions de la matrice (§. 555.); au lieu que vers la fin de l'accouchement, on remarque le contraire, c'est-à-dire, que ces parties tombent dans un état d'inactivité prépondérante, et finissent même par agir aussi sur la tête, à-peu-près comme le font les doigts sur une cerise dont on veut faire sortir le noyau.

568. Cependant, comme la résistance de la partie du fœtus parvenue à l'orifice de la matrice, maintient cet orifice dans l'état passif, à peine cette résistance de la tête cesse-t-elle, que l'orifice de la matrice récupère son état de liberté; il redevient alors actif, et se resserre de nouveau; ce qui est prouvé par l'exemple trop fréquent du resserrement de l'orifice de la matrice contre le col du fœtus lors de son passage.

569. Au reste, les contractions spontanées et naturelles de la matrice qui opèrent l'accouchement, sont très-légères au commencement (§. 556.); mais leur force va en augmentant dans les tems suivans de l'accouchement, à mesure que diminue la somme de la résistance; et vers la

fin de l'accouchement naturel, elle devient si grande, qu'elle finit ordinairement par surpasser toute autre résistance. (§. 556.)

570. Il n'en est pas de même dans la plupart des accouchemens contre nature qui offrent une résistance non accoutumée qui réclame les secours de l'art, parce que la nature ne peut la vaincre, ou qu'elle ne le pourroit sans danger.

571. Aussi les douleurs ne restent pas toujours proportionnées aux contractions de la matrice qui les produisent; car, si on excepte son activité dans le dernier tems de l'accouchement, il arrive souvent, mais non pas au hasard, que des contractions modérées produisent de très-vives douleurs, tandis que de fortes contractions n'en occasionnent que de légères, selon que toutes les parties de la matrice se contractent en proportion égale ou inégale, et que la résistance est plus ou moins grande.

572. La même chose arrive souvent dans quelques cas d'accouchemens contre nature. Cependant, en général, la nature et le caractère des douleurs dépendent essentiellement de la disposition, de la situation, de la structure et de la résistance des parties qui souffrent dans ce cas; elles proviennent aussi particulièrement, comme de leur cause prochaine, de la force avec laquelle la matrice se contracte à différens degrés, et de celle avec laquelle les parties dures résistent, et constituent la cause immédiate des douleurs.

573. Au reste, les bonnes et les véritables douleurs se manifestent partie extérieurement et partie intérieurement, comme aussi dans différentes régions du corps; par exemple, 1°. au bas-ventre proprement dit; 2°. à l'os sacrum; 3°. aux genoux; 4°. enfin, et principalement à l'orifice de la matrice, et à la partie du foetus qui commence à s'y présenter.

CHAPITRE VI.

De la division de l'Accouchement naturel en ses différens tems, des douleurs et de leur caractère.

574. On peut diviser l'accouchement comme les maladies, en quatre tems particuliers, dont chacun a ses douleurs et ses signes propres.

575. Quiconque connoît bien ces signes, peut, le plus souvent, même sans le secours du toucher, savoir de combien est avancé l'accouchement.

576. Nous parlerons d'abord des douleurs, et nous les diviserons, pour ce qui a rapport à l'accouchement, en vraies et en fausses.

577. Les fausses douleurs ont leur siége et leurs causes hors de la matrice, et les vraies au dedans; mais les premières dépendent de la correspondance que les parties qui les éprouvent ont avec la matrice, et sont d'ailleurs d'une autre espèce; elles ont bien leur siége et leur cause dans la matrice, mais elles agissent par des lois inverses et des forces opposées à la nature; elles sont très-douloureuses et très-dangereuses, et peuvent facilement occasionner la rupture et le déchirement du col de la matrice.

578. Il est facile de distinguer ces douleurs de toute autre, de même qu'on distingue toute autre espèce de douleurs de celle-là, par le moyen du toucher.

579. Les douleurs vraies qui, d'après les lois prescrites par la nature, ont uniquement leur siége et leurs causes dans la matrice (§. 552.), se divisent, comme les tems de l'accouchement, en plusieurs espèces.

580. La première espèce de douleurs vraies, est appelée *douleurs présageantes*; celles de la seconde espèce sont appelées *préparantes*; la troisième comprend les *douleurs propres de l'accouchement*, et on donne à celles de la quatrième, le nom *de douleurs conquassantes.*

581. Toutes ces espèces de douleurs vraies ne diffèrent réellement entre elles, ni par leur siége, ni par leur caractère, mais seulement par leur force et leur fréquence, d'où il résulte qu'elles diffèrent aussi par leurs effets.

582. Cette quadruple espèce de douleurs a ses avantages dans l'accouchement, et occasionne des changemens particuliers dans les parties de la matrice et du fœtus (§. 556.), ce qui produit le passage d'une espèce de douleur à une autre; et c'est ce passage qui assigne les limites entre les différens degrés de l'accouchement.

583. Cependant l'accouchement parcourt quatre tems de son commencement à sa fin. Le premier a lieu quand l'accouchement se prépare, et il s'annonce par les douleurs présageantes, c'est-à-dire, celles qui indiquent que le moment de l'accouchement approche. C'est un conseil que donne la nature de se préparer à accoucher.

584. Ce premier degré ou ce premier tems de l'accouchement est caractérisé par les signes suivans : 1°. La matrice est visiblement abaissée dans le bas-ventre; 2°. la femme éprouve un besoin assez fréquent d'uriner; 3°. il sort plus abondamment une humeur muqueuse par les parties génitales, qui en sont considérablement relâchées; 4°. le segment inférieur de la matrice est très-distendu, court, rond; l'orifice a disparu; il est mince comme du papier, et est en partie ouvert.

585. C'est-à-dire, que toute la hauteur ou la longueur du canal formé par le col, ainsi que la substance de tout le cône inférieur de la matrice, a à peine l'épaisseur d'une ligne, et qu'à travers les deux orifices de la matrice, on peut toucher à nud les membranes et sentir la tête.

586. Le second tems a lieu, lorsque l'accouchement commence réellement; on le distingue du premier par les douleurs que l'on appelle *préparantes*.

587. Dans ce second tems de l'accouchement, outre les signes déjà mentionnés (§. 586.), on remarque les suivans qui lui sont propres : 1°. Les douleurs de la première

espèce ont pris le caractère de celles de la seconde; 2°. l'humeur muqueuse qui s'échappe est teinte de sang; 3°. les membranes commencent à bondir et à se tendre, puis sortent de l'orifice de la matrice, et sont si tendues, qu'elles menacent à chaque moment de se rompre.

588. Le troisième tems de l'accouchement qui avance se distingue par les douleurs vraies. Il présente les caractères suivans : 1°. Le bruissement des eaux; 2°. le couronnement de la tête; 3°. les douleurs appelées proprement *vraies*, manifestement distinctes des précédentes par leurs propriétés; 4°. la descente de la tête dans l'espace moyen de la cavité du bassin; 5°. la tumeur formée par la tête du fœtus; 6°. le pouls fort, le visage rouge et couvert de sueur.

589. Le quatrième et dernier tems de l'accouchement qui approche de son terme, s'annonce non-seulement par les signes précédens, mais encore par ceux ci-après; savoir: 1°. L'urine est entièrement retenue; 2°. la tumeur formée par la tête augmente; 3°. l'anxiété, l'impatience, quelquefois le vomissement, s'emparent de la malade; 4°. il se manifeste un tremblement particulier et quelquefois général des membres, principalement des genoux; 5°. les matières fécales sortent par l'anus; 6°. la tête, comme l'on dit, est en travail; 7°. le périnée se distend et prend une forme hémisphérique; 8°. la tête est à la sortie, et enfin l'accouchement, qui se termine par des douleurs plus fortes.

590. On a coutume d'appeler les douleurs, *avant-courières*, jusqu'à ce que l'orifice de la matrice soit suffisamment dilaté, et que le mucus ait pris la teinte sanguinolente. Les Latins appellent ces taches de sang que l'on observe dans le mucus, *signa*, et les Français disent que *la femme marque*.

591. Immédiatement après que les premiers signes se sont manifestés, on observe une petite portion de membrane introduite dans l'orifice de la matrice, que les

douleurs ont déjà un peu ouvert; ces douleurs prennent le nom de *préparantes*, qu'elles conservent jusqu'à ce que les eaux entièrement formées s'évacuent. (*Tab.* 6, *fig.* 2.)

592. Ce tems écoulé, on peut ensuite sentir la tête à nu ; alors les douleurs qui succèdent portent le nom *de vraies douleurs de l'accouchement*, et continuent de porter ce nom jusqu'à ce qu'il paroisse un segment de la tête du fœtus dans les parties génitales externes; et les dernières douleurs sont celles qui font sortir la tête.

593. Cependant tous les degrés que parcoure l'accouchement naturel, ne sont pas également longs; les derniers sont ordinairement plus courts que les premiers.

594. Les choses cependant arrivent autrement, et dans un ordre inverse, dans beaucoup d'accouchemens, et principalement dans ceux contre nature, quand l'art ne s'applique pas à abréger les derniers tems.

595. Au reste, si on observe attentivement le passage de l'un à l'autre des tems de l'accouchement, on pourra encore distinguer, par les changemens qui arrivent dans les parties de la mère et du fœtus, le commencement, le milieu et la fin de chacun d'eux.

CHAPITRE VII.

Des changemens qui, dans l'Accouchement naturel, arrivent ordinairement aux parties de la mère et du fœtus.

596. La partie du sac membraneux de l'œuf humain qui se trouve plus près de l'orifice de la matrice, est celle qui, jusque vers le milieu de l'accouchement, éprouve les changemens les plus notables; parce que, pendant la seconde période préparatoire de l'accouchement, au moment des douleurs, les membranes de l'œuf se distendent dans

l'intérieur de la matrice. Cette tension des membranes fait des progrès, se manifeste ensuite, sous la forme d'une vessie, hors de l'orifice de la matrice, et se porte en partie en bas dans le vagin; alors on dit que *les eaux se disposent*, ou comme le disent improprement les Français, que *les eaux se forment*.

597. Ce phénomène des *eaux qui se disposent*, annonce *le commencement du second tems*.

598. La tumeur des eaux qui s'élève ou s'abaisse, mène naturellement au second tems de l'accouchement : au commencement, on ne remarque d'autre changement dans les membranes, que leur élasticité qui augmente à chaque douleur; elles n'avancent cependant point encore hors de l'orifice, et cette tension des membranes disparoît avec la cessation des douleurs; ce qui fait que l'on peut encore sentir distinctement la tête du fœtus avant, pendant et après les douleurs.

599. Ensuite les membranes pénètrent à travers l'orifice de la matrice, et forment dans le vagin une tumeur qui a la forme d'une vessie. Elles conservent alors un certain degré de tension qui, de même que la tumeur, s'accroît à chaque douleur; c'est pourquoi on ne sent pas également bien la tête du fœtus dans tous les tems : on dit communément alors, que *les eaux sont disposées ou formées*.

600. Ce phénomène des *eaux disposées* indique *le milieu du second tems*.

601. Outre que cette portion d'eau qui reste toujours devant la tête du fœtus dans la tumeur des membranes, empêche de sentir manifestement la tête, celle-ci ne conserve pas toujours la même position, à cause des douleurs; elle se porte en arrière et en haut, lorsque l'eau se porte en avant et en bas dans la tumeur des membranes. (*Tab.* 6, *fig.* 2.)

602. Aussitôt que la force contractile de la matrice cède, et que les douleurs cessent, la tête descend de

nouveau dans sa première position, et même un peu plus bas; tandis que, dans ce tems, il arrive de grands changemens aux parties supérieures de la matrice fortement distendue. (*Tab.* 6, *fig* 1 *et* 2.)

603. Lorsque cette tumeur des membranes a acquis une grosseur et une rotondité convenables, qu'elle occupe une grande partie du vagin, et qu'elle est, pour ainsi dire, dans son plus haut degré de tension, on dit que *les eaux sont prêtes à éclater.* (*Tab.* 6, *fig.* 2.)

604. Cette circonstance des *eaux prêtes à éclater*, montre que *le second tems approche de sa fin.*

605. Ce changement de place alternatif (§. 602.) entre la tête et l'eau de l'accouchement, a lieu jusqu'à ce que la rupture des membranes se fasse, et que les eaux s'évacuent : alors on dit que *les eaux sont sorties.* (*Tab.* 6, *fig.* 1 *et* 2.)

606. Ce phénomène des *eaux qui sortent* constitue *la fin du second tems.*

607. Au reste, comme la vessie des eaux qui est formée par le choc de l'eau elle-même dans les membranes, occasionné par les contractions de la matrice, sert d'une manière inimitable à la dilatation de l'orifice de la matrice et de toutes les parties molles que le fœtus doit traverser dans l'accouchement; de même aussi, d'après la manière dont se forme et augmente cette tumeur, on peut déterminer de quelle espèce sera l'accouchement.

608. Comme l'écoulement des eaux se fait ordinairement par les seules forces de la nature, il en résulte que dans les cas les plus fréquens, on ne doit pas rompre artificiellement les membranes, ou du moins ne pas trop se presser de le faire; on peut aussi, par l'éclatement et la sortie des eaux, présager quelle sera l'espèce d'accouchement qui aura lieu.

609. Dans les accouchemens naturels qui se font avec facilité, promptitude et succès, lors de la douleur qui détermine la sortie des eaux, il ne sort que peu de celle qui

étoit renfermée dans la vessie en avant de la tête du fœtus. Ensuite, si après chaque douleur il continue de s'écouler beaucoup d'eau, ou si, à la première douleur à laquelle succède la sortie des eaux, il sort directement beaucoup d'eau, et si elle s'évacue toute en une seule fois; dans ces deux cas, on peut s'attendre à un accouchement difficile et contre nature; car, dans le premier, ce phénomène indique que le fœtus est situé obliquement; et, dans le second, il se trouve dans une position plus désavantageuse encore. (*Tab.* 6, *fig.* 1.)

610. Lorsque les membranes sont fortes et épaisses, que les eaux sont en petite quantité, et les douleurs légères, la sortie des eaux peut être long-tems à se faire, même dans les accouchemens très-naturels, et l'accouchement lui-même est beaucoup retardé. Dans ce cas, il peut être permis à l'accoucheur de rompre les membranes pour accélérer l'accouchement; ce qu'il ne devra faire cependant que dans le cas où les eaux seront bien disposées, qu'elles auront suffisamment dilaté l'orifice de la matrice, et que la tête se trouvera immédiatement derrière les eaux.

611. Pour faire cette opération, des accoucheurs ont conseillé des procédés très-simples; d'autres ont proposé divers instrumens. Dans l'emploi de ces procédés, on trouve souvent que le conseil des premiers est insuffisant, ou du moins ennuyeux à exécuter, et que celui des autres exige un trop grand appareil, que l'aspect en est affreux, et l'usage dangereux. Le perforateur des membranes est beaucoup plus simple et d'un usage plus avantageux dans les accouchemens naturels.

612. Ce perforateur n'est autre chose qu'un anneau d'argent auquel est jointe une pointe également en argent, semblable à un cure-dent : cet instrument doit être fait de manière à s'adapter à la main de l'accoucheur qui doit s'en servir. Lorsqu'on veut en faire usage, on met l'anneau sur la seconde phalange de l'indicateur de l'une ou

l'autre

l'autre main, de manière que la face plate de la pointe de l'instrument réponde à la face supérieure du doigt; alors on couvre la pointe de l'instrument, qui dépasse de quelques lignes, par la face inférieure du doigt médius; on introduit les deux doigts que l'on porte sur les membranes tendues, on retire un peu le doigt médius pour laisser la pointe à découvert, et, par un petit mouvement de l'indicateur, on achève l'opération qui se fait facilement, promptement et sans danger.

613. Osiander et Löffer ont, de nos jours, plus ou moins préconisé les avantages de cet instrument.

614. Le second tems de l'accouchement terminé par l'épanchement des eaux (§. 556.), la tête se présente ordinairement presque aussitôt à l'orifice de la matrice, où peu auparavant on trouvoit la vessie formée par les eaux.

615. Et cette circonstance de *la tête qui se présente à l'orifice de la matrice*, indique *le commencement du troisième tems.*

616. Quand, par la continuation des douleurs du troisième tems, un segment du globe de la tête, c'est-à-dire, sa partie postérieure, s'introduit à l'orifice de la matrice, on dit alors que *la tête est au couronnement.*

617. Cet état de *la tête couronnée à l'orifice de la matrice*, indique *le milieu du troisième tems.*

618. Les changemens qui arrivent après la sortie des eaux, et le couronnement de la tête au troisième et quatrième tems de l'accouchement, regardent, en partie, la tête désormais nue du fœtus, et quelques parties de la mère.

619. La tête descend dans les parties génitales de la mère, et remplit en partie le vagin; les os de la tête se chevauchent; par conséquent, la peau qui la recouvre, forme des plis dans la direction des sutures. (*Tab.* 6, *fig.* 1.)

620. Il faut que la tête ne reste pas long-tems à traverser ces parties, et qu'elle paroisse enfin à la lumière;

usage très-avantageux dans les cas d'obliquité de la tête, de même que dans les accouchemens naturels. (*Théor.* §. 683, 684; *Prat.* §. 625, 626.) (*Tab.* 11, *fig.* 2.)

673. L'instrument qui sert à rompre les membranes (§. 628.), est seulement indiqué (§. 609.), lorsque les membranes doivent se rompre à l'orifice de la matrice, en avant de la tête du fœtus, qu'en conséquence le fœtus doit venir naturellement la tête en avant : c'est pourquoi lorsqu'il s'agit de retourner le fœtus, la main de l'accoucheur, employée comme le conseille Deleurie, est l'instrument le plus convenable, et par-là même doit être préféré à tout autre. (*Tab.* 1, *fig.* 2 *et* 3.)

674. L'usage des instrumens nécessaires pour l'opération césarienne est, dans la plupart des cas, indiqué au moyen du pelvimètre (§. 628.) et du céphalomètre (§. 580.) (*Tab.* 9, *fig.* 1 *et* 2.)

675. Nous parlerons ailleurs de l'usage et de la manière d'employer le tire-tête à trois branches, des motifs qui indiquent ou contre-indiquent l'opération césarienne, et de l'opération elle-même.

CHAPITRE VI.

Des règles générales à observer dans l'emploi des instrumens.

676. Tant que l'on peut se servir de l'instrument naturel, c'est-à-dire, de la main, on ne doit point employer d'instrumens artificiels.

677. Mais il est aussi nécessaire et aussi avantageux d'employer des instrumens dans le moment favorable, qu'il peut être dangereux de les employer avant le tems et sans nécessité. C'est pourquoi il ne faut être ni trop pressé, ni trop entreprenant, ni trop irrésolu, ni trop timide. Il faut autant de connoissances pour aider à tems

la nature, dans certain cas, que pour l'abandonner à ses propres forces dans d'autres. (*Théor.* §. 520.)

678. Pour cela, il faut savoir bien distinguer les cas; il faut avoir une parfaite connoissance des véritables indications et contre-indications qu'ils présentent, une expérience généralement reconnue; un jugement acquis par la pratique; de la promptitude à se décider en faveur d'un moyen; de la fermeté et du sang-froid dans l'exécution: et lorsqu'on a pris une détermination, il faut l'exécuter, quoi qu'il en coûte: mais que ce ne soit jamais sans un besoin urgent, sans des raisons légitimes; que jamais l'accoucheur ne se laisse induire en erreur par quelque insinuation étrangère, et n'abandonne la détermination qu'il a prise. Il est rare qu'un mauvais choix ne soit suivi de fâcheux résultats; de même il est rare que, lorsqu'on abandonne le mauvais parti qu'on avoit pris pour en choisir un meilleur, cette conduite ne soit suivie de succès.

679. Lorsqu'on est une fois déterminé sur le choix de l'opération à faire, il s'agit de l'exécuter promptement, afin que la mère et l'enfant ne soient pas victimes de la temporisation et de la lenteur qu'on pourroit apporter à la pratiquer.

680. Mais jamais, quoi qu'il en coûte, l'accoucheur ne devra laisser une femme en couche sans secours, excepté le cas où l'on a déjà trop tardé de faire l'opération césarienne, ou lorsque la femme est au moment de mourir.

681. De même, jamais un accoucheur ne devra laisser ensevelir une femme morte ayant encore son enfant dans le sein, sans en faire l'extraction.

682. Dans la plupart des opérations qui se pratiquent au moyen des instrumens, on devra toujours opérer de manière à employer les procédés les plus doux et les plus sûrs, et toujours passer par gradation des instrumens innocens à ceux dont l'emploi peut être nuisible. Ainsi, par exemple, on se servira rarement du perforateur et des crochets avant d'avoir essayé le forceps.

conformement à sa structure, se fait dans la direction naturelle des parties, dans lesquelles son grand diamètre se développe en presque autant de diamètres petits, moyens et obliques, que l'on peut imaginer de points sur sa surface; c'est ainsi qu'opère la nature dans le travail de l'accouchement; elle ménage pour un tems opportun les parties d'une manière incomparable.

634. Cette doctrine du passage naturel de la tête dans l'accouchement (qui consiste en ce que sa partie ou son extrémité postérieure entre la première à l'orifice de la matrice, et non pas le sommet ou la pointe supérieure, et en ce que, du commencement jusqu'à la fin de l'accouchement naturel, la face considérée comme base de la pointe supérieure (§. 452.), ne sort qu'au moyen de son développement et du passage, ou du changement des bases et des sommets de la tête les uns dans les autres (§. 452.)); cette doctrine, dis-je, est celle qu'admet plus facilement une théorie raisonnable, et dont l'expérience paroît confirmer la vérité; car on appelle seulement *naturel*, ce qui arrive ordinairement de la même manière dans le plus grand nombre de cas.

635. D'après cette doctrine, on peut concevoir et expliquer aisément la possibilité de l'accouchement naturel, et admirer en même tems ce grand chef-d'œuvre de mécanique vivante. Comme ce n'est que dans les cas de disproportion entre la tête du fœtus et le bassin de la mère, ou dans celui de mauvaise position de la tête sur son corps, relativement au bassin, que, d'après l'opinion de Smellie et d'autres écrivains, la tête passe par le bassin, ou dans une position entièrement latérale, la face tournée vers le grand diamètre du bassin, ou dans une position oblique, sa face répondant au diamètre moyen de Deventer; dans ces cas, elle y passe purement par nécessité, et dans le dernier cas seulement, elle ne se présente bien que sur la fin de l'accouchement.

636. Et puisque la nature doit servir de modèle à

l'accoucheur (§. 521 *et suiv.*), on voit facilement combien une bonne théorie de l'accouchement doit rendre facile et heureux l'exercice de l'art dans les cas difficiles.

CHAPITRE VIII.

De la position à donner à la mère dans l'Accouchement naturel.

637. La femme peut accoucher debout, assise ou couchée, soit qu'elle soit couchée sur le dos, ou, à la manière angloise, sur le côté; mais les principaux changemens que l'on observe dans les parties de la mère aux troisième et quatrième tems de l'accouchement (§. 618 *et suiv.*), nous engagent à fixer et prescrire cette position, afin de mieux préserver les parties, et de faciliter l'accouchement dans les différens tems.

638. Dans le premier et le second temps de l'accouchement (§. 583 *et suiv.*), il n'est pas besoin que la femme prenne aucune position particulière, il vaut mieux qu'elle garde celle qui lui plaît, que tantôt elle se promène, tantôt reste debout, tantôt elle s'asseoie, et tantôt elle se couche.

639. Cependant, dès que les eaux sont prêtes à s'échapper, ou si elles sont déjà sorties, si la tête est au couronnement; alors la femme est par conséquent au troisième tems de l'accouchement (§. 588.); et si l'on voit la tête descendre de plus en plus, on peut augurer que l'accouchement approche; alors la femme doit prendre une position fixe, commode et avantageuse.

640. La meilleure position que l'on puisse donner à une femme dans le quatrième tems de l'accouchement, est de la mettre de manière qu'elle soit moitié couchée, moitié assise, ou dans une chaise à accoucher, ou dans un lit, et d'attendre ainsi la descente de la tête dans les parties

de la mère, jusqu'à ce qu'elle y opère les changemens dont nous avons parlé. (§. 618.) (*Tab.* 7.)

641. Lorsque ces changemens arrivent aux parties de la mère et à la tête de l'enfant (§. §. 518, 621.), le lit doit être de plus en plus abaissé vers le dos pour l'accouchement. (*Tab.* 7.)

642. Enfin aussitôt que s'approche le quatrième et dernier tems de l'accouchement (§. 589.), la femme doit avoir le dos encore plus abaissé, de manière que vers la fin, elle soit dans une position pour ainsi dire horizontale. Cette position favorise l'accouchement et prévient les lésions des parties de la mère. (*Tab.* 7.)

643. Puisque la ligne diagonale du parallélogramme imaginaire que décrit le diaphragme avec les muscles abdominaux (§. 74.), forme l'axe même de la matrice, du fœtus et du bassin (§. 80.), et que les douleurs agissent toujours dans la direction de cette ligne, il en résulte que le fœtus a la tête vers l'anus (§. 626.); cependant l'axe du vagin fait un angle très-remarquable (§. 81.) avec l'axe de ces parties : on voit par-là combien une position avantageuse de la mère, qui diminue ou rend plus obtus l'angle sous lequel le vagin s'unit à l'axe de la matrice, combien, dis-je, cette position favorise l'accouchement et contribue à garantir les parties de la mère.

644. A mesure que l'on abaisse le dos de la femme qui accouche, l'extrémité supérieure de l'axe de la matrice s'approche de la ligne centrale du corps, et son extrémité inférieure s'en éloigne toujours davantage; par-là, l'angle que fait la matrice avec le vagin, devient plus obtus, ce qui fait que la tête est portée plus près de sa sortie, et contribue à faciliter l'accouchement. (*Tab.* 7.)

645. La situation de la femme ayant le dos abaissé, convient sur-tout au quatrième tems de l'accouchement, réussit en général très-bien, et est également nécessaire dans le premier tems, lorsque le ventre tombe beaucoup en-devant; ainsi il convient d'abord de placer la

femme dans cette position, dans les cas de grande foiblesse, ou de disposition à l'évanouissement, aux convulsions, aux pertes et aux chûtes de matrice.

646. On voit par-là, pourquoi, parmi les chaises à accouchemens, celle de Deventer, dont le dossier est mobile, est préférable aux autres; et pourquoi les lits qui servent à l'accouchement doivent être construits d'après ces principes. (*Tab.* 9 *et* 10.)

647. La chaise-lit, dont la construction réunit la beauté extérieure à la commodité, est préférable au lit et à la chaise, et peut servir dans toute sorte d'accouchement; elle a même cet avantage que, par elle, on accélère l'accouchement sans employer une si grande somme de forces. (*Tab.* 9 *et* 10.)

648. Cependant chez les personnes de petite stature, qui sont difformes, ou chez celles qui sont sujettes à une difficulté de respirer, l'accoucheur doit se conduire différemment (§. 590 *et suiv.*); car la position horizontale ne conviendroit point du tout dans ces sortes de cas.

649. Il doit également donner une position différente à la femme, et la varier souvent dans les cas d'obliquité de la matrice.

650. Il doit aussi savoir donner à la femme une position telle qu'il puisse facilement retourner l'enfant si le cas l'exige; la chaise-lit peut encore parfaitement remplir cette condition, et être également très-convenable dans les cas difficiles où l'on est obligé d'opérer sur la tête. (§. 647.)

651. Au reste, dans les cas pressans, l'accoucheur et les sages-femmes doivent savoir construire et disposer promptement un lit qui remplisse toutes les conditions nécessaires pour favoriser l'accouchement, principalement chez les pauvres, soit que l'on se serve de chaises de planches ou d'autres choses semblables.

CHAPITRE IX.

Des secours à donner à la femme dans l'Accouchement naturel.

652. Quoique tout démontre que, dans l'accouchement naturel, la femme peut se suffire à elle-même, en se servant de ses propres forces, et sans avoir besoin de secours étranger; néanmoins on peut faciliter singulièrement l'accouchement, et prévenir les lésions qui pourroient survenir aux parties de la mère en lui donnant la position la plus avantageuse, et en employant à propos les différens moyens qui peuvent convenir.

653. Les secours que l'on peut donner à la femme qui éprouve des douleurs, et qui est au premier, au second, ou au commencement du troisième tems de l'accouchement, consistent à lui laisser prendre la position dans laquelle elle se trouve le mieux (§ 638.); à vider de bonne heure le rectum au moyen d'un lavement, afin d'augmenter la capacité du bassin, pour que rien ne s'oppose au libre passage de la tête, et enfin pour prévenir toute malpropreté.

654. Il est rare que l'on doive, avant le troisième tems de l'accouchement, évacuer les urines de la vessie; on remplit toujours cette indication en donnant à la femme une position plus convenable, ou en se servant de la sonde.

655. Quand la femme est au troisième ou quatrième tems de l'accouchement, il faut que l'accoucheur ou la sage-femme lui donne la position qu'elle doit avoir, ou sur la chaise, ou sur un lit, et lui indique, sur-tout lorsqu'elle est à son premier accouchement, et qu'elle est novice dans cette partie, comment elle doit se tenir, lors des vraies douleurs, pour favoriser leur effet.

656. Il importe sur-tout que l'os sacrum, les bras, les jambes et les genoux soient bien appuyés. La région du périnée doit être entièrement libre pour que le fœtus puisse s'engager plus aisément dans les parties de la mère, et éviter la pression qui empêcheroit l'éloignement du coxis, et la dilatation des parties molles, afin que rien ne s'oppose à la sortie de la tête.

657. Ces conditions nécessaires sont des avantages essentiels qui se trouvent réunis dans une chaise-lit bien faite. (§. 647.) (*Tab.* 9 *et* 10.)

658. Il est bon aussi d'étendre sous les reins de la femme une serviette assez large pour soulever un peu, ou du moins pour soutenir les reins eux-mêmes ou le sacrum, pendant les vrais douleurs; ce qui sert avec avantage dans l'accouchement, mais sur-tout lorsque la femme éprouve des foiblesses.

659. Lorsque, par les douleurs qu'éprouve la femme en couche, elle est excitée presque involontairement à les aider du concours des muscles abdominaux et du diaphragme, et que, pour les faire servir davantage, elle baisse le menton sur la poitrine, et retient sa respiration; il faut que, tandis qu'elle est bien appuyée sur le sacrum, au lieu de s'attacher avec les mains à quelque corps fixe, et de le pousser comme si elle vouloit l'éloigner d'elle, elle agisse plutôt comme si elle vouloit le tirer à elle.

660. De même dans les cas dont nous venons de parler (§. *précéd.*), la femme ne doit pas seulement appuyer ses pieds contre quelque corps, mais il faut qu'elle ait les genoux très-pliés, et que les pieds, un peu étendus, soient appuyés contre un corps quelconque, comme pour le pousser dehors.

661. De cette manière (§. §. 659, 660.), il est plus facile que la mère pousse dehors ce qui est renfermé dans son sein, qu'il ne l'est que son corps se retire en arrière.

662. On rencontre aussi ces avantages dans la chaise-lit

bien faite, au moyen de laquelle on peut, d'après les règles d'une mécanique naturelle, avec peu de forces et en peu de tems, mouvoir un poids considérable; avantages importans et chers au beau sexe, parce qu'ils contribuent beaucoup à faciliter l'accouchement, et à le rendre plus prompt et plus sûr. (*Tab.* 9 *et* 10.)

663. Quant à ce qui regarde le toucher interne pendant l'accouchement, on ne doit l'employer que rarement au commencement, ne s'en servir ensuite qu'avec beaucoup de précautions, et sur la fin, ne le répéter qu'autant qu'il est nécessaire.

664. Cependant, dans l'un et l'autre de ces cas, pour juger du véritable état des choses, de celui où se trouve le travail et de son avancement, il faut employer le toucher avant, pendant et après les douleurs.

665. Mais dans l'état actuel de nos connoissances, l'art se compromettroit si, même dans un cas d'accouchement naturel, pouvant abréger le tems et épargner des douleurs à la femme, il n'employoit les moyens raisonnables de remplir cette double indication.

666. On la remplira en accélérant le passage de l'un à l'autre des tems de l'accouchement (§. §. 593, 595.); on peut très-bien employer avec beaucoup d'avantage les secours de la main en passant du second tems au troisième, et de celui-ci au quatrième.

667. Mais ce nouvel usage des mains, pour accélérer l'accouchement, ne pourra avoir lieu avant le milieu du second tems (§. 600.), ni s'étendre au-delà du troisième. (§. 622.)

668. Cette opération qui convient au second et au troisièms tems, consiste à pousser doucement en haut, et peu à peu, tout le tour de l'orifice de la matrice sur les parties qui s'y aplanissent, afin qu'elles s'abaissent à proportion que celui-là s'élève.

669. On exécute facilement ce procédé avec le bout

du doigt; mais il faut avoir soin d'opérer différemment pendant les douleurs que pendant leur intervalle.

607. Dans l'intervalle des douleurs, on tâche de pousser en arrière l'orifice de la matrice, tandis que, pendant qu'elles ont lieu, on s'efforce seulement de le retenir à l'endroit où il s'étoit porté. Ce procédé est un composé d'action et de réaction, quoique souvent la réaction devienne une véritable action.

671. Ainsi on opère dans le second tems, l'issue des eaux d'une manière immédiate; et au troisième tems, on emploie, sur la tête du fœtus qui se couronne, le même procédé qu'on employoit auparavant sur la vessie des eaux qui se formoit.

672. En procédant ainsi, on observe que la lèvre postérieure de l'orifice de la matrice disparoît la première, mais que l'on continue encore de sentir les lèvres latérales; ensuite celles-ci disparoissent aussi, et il ne reste que la lèvre antérieuse qui soit sensible au toucher.

673. Lorsque la tête a déjà passé au couronnement, et qu'elle est cachée dans le vagin, il ne faut plus s'occuper que de la lèvre antérieure de l'orifice de la matrice, qui alors se porte doucement en haut sous les os pubis, jusqu'à ce que la tête remplissant tout le vagin, cette lèvre disparoît également; alors le troisième tems est terminé, et la tête est au passage.

674. Ces procédés, plus faciles à démontrer au lit de la femme en couche, qu'à enseigner dans les livres, sont secondés par les douleurs en proportion de leur efficacité; quoique, lorsqu'elles sont foibles et rares, c'est alors qu'il faut les solliciter par ce procédé manuel, et accélérer ainsi la terminaison de l'accouchement, en gagnant du tems, et évitant beaucoup de douleurs.

675. Dans le dernier tems de l'accouchement (§. 627 *et suiv.*), le secours le plus raisonnable, le plus approprié à la disposition des parties, et qu'il convient davantage de donner tant à la mère qu'à l'enfant, est principalement

fondé sur les indications suivantes, qui consistent, 1°. à amolir, à aplanir et à dilater convenablement les parties externes de la mère, et sur-tout le périnée, qui est fortement tendu et protubérant; 2°. à augmenter la force de ces parties extrêmement distendues et amincies, et à les soutenir en même-tems; 3°. enfin, à suivre la tête, lors de sa sortie, dans la direction dans laquelle elle se manifeste.

676. Nous devons toujours prendre la nature pour guide dans les changemens que nous opérons dans les parties de la mère et du fœtus (§. 623 *et suiv.*). Pour remplir la première indication, 1°. on lubréfie les parties tant intérieurement qu'extérieurement avec des liqueurs appropriées; 2°. on tâche de porter en dedans, en arrière, et par-dessus la tête du fœtus, les grandes lèvres et même le périnée en partie.

677. On exécutera facilement ces procédés aussi nouveaux qu'essentiels dans l'intervalle des douleurs, tandis que pendant les douleurs mêmes, on s'opposera fortement à la rentrée des parties, pour qu'elles ne se reportent point en avant.

678. On remplit la seconde indication (§. 675.) en employant la judicieuse méthode de Smellie et de Plenck, qui consiste à appliquer en-dehors la paume de la main sur le périnée distendu, de manière à la faire glisser plusieurs fois pendant les douleurs vers la partie postérieure, en soutenant ainsi en même-tems le périnée, et cherchant à pousser en haut la tête, et à la tenir appuyée pendant les douleurs, comme si on vouloit s'opposer à la contraction de la matrice, à l'impulsion des douleurs, et retarder même l'accouchement.

679. Et puisque dans d'autres occasions, par exemple, lorsque la tête est volumineuse, que le passage est étroit, que le périnée résiste, etc. le passage trop rapide de la tête dans le dernier tems de l'accouchement, exposeroit le périnée à être déchiré, il en naît l'indication particulière

de chercher, par toutes sortes de moyens, à prolonger ce dernier tems.

680 La troisième indication, qui consiste à pousser la tête du fœtus de la manière la plus naturelle, se remplit en la faisant glisser sur les doigts introduits dans le vagin, et recourbés en-dehors, au lieu de les porter sur le périnée distendu, poussé en avant et comme excavé, en soulevant ainsi en avant la tête sous l'arc du pubis, dans une direction demi-circulaire, ce qui vaut mieux que de pousser en haut et en arrière le périnée sur la tête, avec les doigts pliés en arrière presque comme un crochet; il faut se préparer à ce procédé pendant l'intervalle des douleurs, pour pouvoir l'employer lorsqu'elles ont lieu.

681. Ainsi la violence des douleurs qui opère en grande partie dans la direction de l'axe supérieur du bassin, et par conséquent en ligne droite vers l'intestin rectum, se rompt en quelque sorte, la pression de la tête sur le périnée diminue, et la tête sort dans la ligne diagonale en suivant l'axe éliptique du vagin; de cette manière les douleurs sont infiniment moindres, l'accouchement est plus facile, et la lésion des parties n'a pas lieu.

682. Un accoucheur habile obtiendra de semblables avantages, par rapport à la tête de l'enfant et aux parties de la mère, toutes les fois que, dans les cas difficiles, il saura employer convenablement (et conformement à la doctrine du levier) le forceps de Levret, ou quelqu'un des autres instrumens nouvellement inventés.

683. Quelquefois la tête du fœtus, près de sa sortie, remplit si exactement les parties de la mère, que l'on ne peut pas même introduire un doigt entre elles et la tête : dans ce cas, il faut se servir de l'instrument connu sous le nom de *levier de Roonhuisen.*

684. Ainsi le levier de Roonhuisen peut quelquefois très-bien convenir, même dans l'accouchement naturel; et à cet égard, il seroit bien à désirer que d'habiles

accoucheurs eussent assez de perspicacité et de talens pour employer à propos un instrument aussi avantageux.

685. Dans le cas où l'on n'auroit pas, où l'on ne voudroit pas employer le levier, on réussit très-bien par un autre moyen, qui consiste à introduire un ou deux doigts dans l'anus, qui, dans ce cas, se trouve très-ouvert, et exécuter ensuite en-dehors le même procédé (§. 680.), que l'on pourroit permettre et conseiller même aux accoucheuses quand elles seroient bien instruites, et qu'elles sauroient l'employer à propos et avec adresse. Il ne peut y avoir d'autre obstacle à l'emploi de cet instrument naturel que l'existence d'hémorroïdes internes et très-douloureuses.

686. Il ne sera cependant jamais permis à l'accoucheur, par quelque motif que ce puisse être, d'introduire toute la main dans le vagin, quand, dans l'accouchement naturel, la tête y est déjà engagée en partie.

687. A peine la tête du fœtus est-elle sortie, que le reste du corps sort ordinairement très-aisément. Dans le cas contraire, il suffiroit que l'accoucheuse saisît convenablement la tête, et qu'elle tirât doucement le corps dans la direction de l'axe du bassin et du vagin (§. 80.)

688. Mais si l'état maladif de l'intestin ne permet pas l'emploi du moyen indiqué (§. 685.), il faut alors se contenter de soutenir les parties extérieures tendues et élargies avec la paume de la main nue, et non pas se servir d'un linge, comme le recommandent Osiander et de Mohrenheim, en même tems qu'on lève la tête en avant, jusqu'à ce que l'accouchement soit terminé.

689. Mais malheureusement l'expérience apprend que souvent d'imprudentes sages-femmes imposent de trop bonne heure aux femmes qui accouchent, l'obligation de garder une position fixe, et de faire valoir mal-à-propos des forces étrangères au travail, ce qui ne leur nuit pas peu. En outre, elles commencent trop tôt à les tourmenter par des procédés peu raisonnés, et occasionnent ainsi plus

d'ennui et de douleurs que l'accouchement lui-même. Il en est encore qui augmentent le mal en faisant avant le tems consumer les forces, en donnant prématurément issue aux eaux, en irritant les parties de la femme avec leurs doigts, et elles parviennent ainsi à rendre l'accouchement difficile et à l'environner de dangers.

690. Un autre principe également faux et pernicieux, passé des anciens aux modernes, et qui malheureusement est adopté par toutes les sages-femmes, et par un assez grand nombre d'accoucheurs même renommés, principe qu'il est par-là même presque impossible de renverser, est celui qui conseille de pousser avec les doigts courbés, introduits dans la commissure inférieure, et de presser en arrière le périnée sur la tête, lorsqu'elle se présente ou qu'elle veut sortir.

691. Soit que l'on exécute ce procédé mal entendu avec un ou deux doigts, ou, comme le conseille Rœderer, avec deux doigts de chaque main, loin d'obtenir ce qu'on se propose, c'est-à-dire, de faciliter l'accouchement et de garantir les parties de la mère, on favorise par-là la lésion du périnée que l'on croit éviter; car, dans ce cas, il n'y a rien qui soit capable d'accélérer l'accouchement et d'empêcher la lésion des parties, excepté l'emploi du procédé qui consiste à mouvoir le poids dans une ligne circulaire, et à développer par conséquent la tête de manière que le périnée soit à l'abri de toute pression.

692. La lésion du périnée arrive de plusieurs manières, tantôt latéralement, tantôt directement en bas, selon que l'on emploie l'une ou l'autre des méthodes précédentes (§. 691.) qui sont également nuisibles. Les moyens à employer pour en obtenir la guérison, varient suivant la différence de la lésion.

693. Lorsque la lésion est légère, il suffit de donner une position avantageuse, et de la faire conserver tranquillement. Pour remplir cette double indication, on peut se

servir avantageusement d'un bandage, au moyen duquel on tiendroit les parties dans une position fixe.

694. Mais si la lésion du périnée s'étend jusqu'au sphincter de l'anus, et aux parties qui séparent le rectum du vagin, alors le mal est beaucoup plus grave, et il est indispensable de recourir à la suture, car il faudroit une réunion de circonstances heureuses, pour que la nature, livrée à elle-même, guérît la lésion des parties, ce qui est extrêmement rare, et ce que l'on ne peut pas raisonnablement espérer.

CHAPITRE X.

De la ligature du Cordon ombilical.

695. Le fœtus sorti du sein de la mère, le premier soin de l'accoucheur doit être de le séparer du placenta, ce qu'il fait en liant et coupant le cordon.

696. L'endroit où on lie le cordon, doit être éloigné de trois ou quatre doigts de l'ombilic de l'enfant; mais il importe peu de faire cette ligature un peu plus près ou un peu plus loin, pourvu que, dans le premier cas, on ne comprenne point la peau du ventre, puisque, dans l'un et l'autre cas, le cordon se sépare toujours dans l'endroit indiqué par la nature.

697. Dans la crainte d'une hémorragie par l'extrémité du cordon qui répond à la mère, on a conseillé autrefois de placer également une ligature à cette portion, et de faire la section du cordon entre les deux ligatures.

698. Quoique cette crainte ne soit pas dénuée de fondemens, et qu'il nous paroisse croyable que cette hémorragie peut quelquefois arriver, cette précaution, du moins dans les accouchemens naturels, est inutile.

699. La conséquence que l'on peut tirer de cet ancien précepte, c'est qu'il paroît qu'autrefois on ne procédoit

pas

pas aussi promptement à l'extraction du placenta, tandis que des accoucheurs, même célèbres, du moyen âge, conseillent mal-à-propos d'extraire le placenta avant même qu'on ait lié et coupé le cordon. Mais sans parler du danger de cette pratique dans les cas simples, comment ces accoucheurs ont-ils pu l'employer dans les cas d'accouchemens de jumeaux?

700. Aussi le précepte qui conseille de lier la partie maternelle du cordon dans les cas de jumeaux (§. 697.), n'est pas aussi essentiellement utile que celui qui défend, dans ce cas, d'extraire le placenta avant l'issue du second jumeau.

701. Il est facile de démontrer que la perte de sang par le cordon du premier né des jumeaux, ne peut guère arriver ni par le système artériel, ni par le système veineux: on voit par-là que la partie du cordon qui répond à la mère, dans le cas de jumeaux (§. *précéd.*), ne sert tout au plus qu'à distinguer, après l'accouchement, le premier cordon du second.

702. Dans l'opération de la ligature, on doit examiner deux choses, la nature du fil, et la manière de faire la ligature.

703. Le fil ou le lien ne doit être ni trop foible, ni coupant; il sera composé de quatre ou cinq fils cirés et unis les uns à côté des autres, et noué à l'une de ses extrémités.

704. Quant à la manière de faire la ligature, il est préférable de serrer en-dessous le cordon par le nœud du chirurgien, puis de faire en-dessus un nœud simple, que l'on assujétit par un double.

705. Le nœud ne doit être ni trop serré, ni trop lâche; en cela on doit avoir égard à la qualité du cordon (§. 401.)

706. Dans quelques cas, il est à propos de laisser sortir un peu de sang par le cordon, et sans vouloir donner de l'importance à des superstitions blâmables, on ne peut désapprouver l'évacuation de cette petite quantité de sang qui se trouve dans la partie du cordon qui répond à

l'enfant; mais lorsqu'on s'y est une fois opposé par la ligature, on peut faire celle-ci plus lâche, ou tenir seulement prêt le nœud pour l'appliquer sur celui du chirurgien, et le serrer sur le cordon après l'avoir coupé.

707. Au reste, excepté quelques cas rares (§. 397.), et pourvu qu'on ne coupe pas le cordon trop long ou trop court, on peut en quelque sorte soutenir que la ligature ne sert pas à grand'chose; ce qui est prouvé par la théorie et l'expérience. Ainsi la nature a pourvu aux effets de l'ignorance ou de la méchanceté des hommes dans la plupart des cas.

708. Aussitôt après que l'accoucheur a séparé l'enfant de la mère, il doit (§.695.) toucher le ventre pour reconnoître l'état de la matrice, avant que de s'occuper d'en extraire le placenta : ce toucher est à tous égards de la plus grande importance.

CHAPITRE XI.

De l'extraction du Placenta dans les cas ordinaires.

709. DANS les cas naturels, la sortie du placenta s'opère par les mêmes lois que celle du fœtus, et par les seules forces de la nature, quoique l'art y contribue quelquefois avantageusement.

710. Le musclé auquel Ruisch attribue l'usage d'expulser le placenta, est purement imaginaire, car la nature se seroit trompée en plaçant dans un endroit fixe un organe superflu, puisque le placenta est fort éloigné d'avoir toujours son insertion au même endroit.

711. Mais la nature se sert des mêmes moyens et opère ordinairement en petit, presque de la même manière qu'elle le fait en grand dans l'accouchement du fœtus, de

manière que le placenta, devenu désormais un corps à charge pour la matrice, est expulsé par un second travail.

712. Dans cet intervalle, c'est-à-dire, immédiatement après la sortie du fœtus, la matrice éprouve des changemens remarquables qu'il est important de bien connoître, car c'est d'après eux principalement que se fondent les secours à donner à la femme.

713. La ligne centrale de la matrice s'éloigne aussitôt beaucoup de la ligne centrale du bassin, et la matrice se porte beaucoup plus en-devant sur les os pubis; on sent ordinairement plus manifestement la tumeur dure et circonscrite formée par la matrice entre l'ombilic et les os pubis, le col retiré en haut est presque fermé, et forme, avec la ligne centrale éliptique du vagin, un angle plus ou moins aigu. (*Tab.* 8.)

714. Aussitôt que commence le nouveau travail pour l'expulsion du placenta, les parties supérieures de la matrice commencent à reprendre de l'activité, tandis que le segment inférieur, qui est alors douloureux, tombe dans un état d'inertie; l'orifice de la matrice s'ouvre de nouveau, et laisse sortir plus ou moins de sang, en même-tems que, par le concours des parties supérieures qui se contractent, le col pousse dehors le placenta à travers l'orifice du vagin.

715. On divise en deux tems tout ce qui a rapport à l'expulsion des secondines, c'est-à-dire, en celui de leur séparation et en celui de leur expulsion. Lorsque, pour obtenir ce résultat, il faut employer des moyens artificiels, il faut toujours prendre la nature pour guide, et n'agir jamais par secousses.

716. La séparation du placenta de la matrice a lieu en totalité ou en partie au moment de la sortie de l'enfant, lorsque dans les fortes contractions de presque toutes les parties de la matrice, le placenta n'est plus soutenu par le fœtus. La grande voûte que forme la matrice se change aussitôt en une autre beaucoup plus petite; les

parties du placenta se ressentent de ce changement, et se réduisent, pour ainsi dire, à l'état où elles étoient entre le quatrième et le cinquième mois, ou vers le milieu de la grossesse.

717. Cette séparation du placenta, qui arrive tantôt plutôt, tantôt plus tard, est annoncée par la perte de sang, comme la tumeur dure et circonscrite de la matrice indique la force avec laquelle celle-ci se resserre.

718. Il s'ensuit de là que la nature a certains signes par lesquels elle nous montre quel est le véritable moment où l'art peut venir à son secours d'une manière avantageuse et sûre.

719. Ces signes consistent dans la tumeur dure et circonscrite que l'on sent, dans la sortie du sang, dans la nouvelle ouverture de l'orifice de la matrice occasionnée par les nouvelles douleurs, quoique plus légères.

720. Ces derniers signes, c'est-à-dire, les douleurs légères qui se font sentir de nouveau, et la nouvelle ouverture de l'orifice de la matrice, prouvent l'activité du corps et du fond de la matrice même, la séparation totale du placenta, et indiquent que le second tems, c'est-à-dire, celui de son expulsion, est arrivé.

721. Si l'on fait des tentatives pour extraire le placenta sans attendre l'apparition de ces signes (§. §. 719, 720.), on y parvient difficilement sans nuire à la mère.

722. Cependant la nature, subordonnée à certaines causes prédisposantes, termine cette opération tantôt plutôt, tantôt plus tard : ainsi ceux qui pratiquent l'art des accouchemens doivent se régler d'après différentes circonstances ; et c'est ici en particulier le cas de la règle qui conseille de retarder d'autant plus à faire l'extraction du placenta que l'accouchement a été plus prompt, ou que le ventre a été plus distendu par une grossesse ou simple ou composée, ou par l'abondance des eaux. On peut donner le même conseil dans le cas où l'accouchement n'a pu être terminé que par les secours de l'art.

723. Si cependant, sentant la tumeur dure, circonscrite, formée par la matrice (§. §. 719, 720.), et les nouvelles douleurs tardant à paroître (§. §. 719, 720.), il ne survenoit aucune perte de sang (§. 717.), on doit penser que le placenta est déjà à l'orifice de la matrice ou dans le vagin, où il empêche l'issue du sang, comme cela a lieu souvent. Dans ce cas, que l'on reconnoît aisément au toucher, et dont le placenta même fournit des signes, on doit, sans tarder, en faire l'extraction.

724. La méthode par laquelle on aide la matrice dans cette opération consiste, quand le placenta est encore fixé à la matrice, à le tirer en bas dans la direction de la matrice, conformément à celle qu'il vient de prendre relativement au bassin (§. 713.); ensuite à en continuer l'extraction dans la direction du vagin.

725. Pour cela, on entortille le cordon plusieurs fois autour de quelques doigts d'une main, jusque près des parties externes de la mère, et on introduit quelques doigts de l'autre main le long du cordon jusqu'à l'orifice de la matrice; avec ceux-ci, on presse le cordon en bas et en arrière, des os du pubis vers le sacrum, en même-tems que l'on tire doucement à soi avec l'autre main, comme avec une poulie.

726. Si le placenta cède à cette manière de tirer, et si sa sortie n'est accompagnée que d'une petite perte de sang, on peut continuer à le tirer sans danger; mais si, avant de le tirer, et pendant qu'on le tiroit, il ne s'est pas écoulé une quantité de sang assez sensible, et si le cordon tendoit à rentrer lorsqu'on l'avoit tiré et qu'il avoit paru en dehors, ce phénomène annonce un danger assez pressant, et réclame un procédé différent.

727. Lorsque le placenta est descendu sans difficulté de la cavité de la matrice en glissant comme sur un plan incliné, et qu'on le trouve en grande partie hors de l'orifice de la matrice et descendu dans le vagin, on tourne la main déjà introduite dans les parties maternelles en la passant

sous le placenta, de manière à en saisir la masse avec le pouce passé en dessus, et on en achève l'extraction dans la direction du vagin.

728. Ou si le placenta sort sans difficulté et comme de lui-même, on applique la face externe de la main ouverte contre le périnée, en laissant de la place en dessus pour le passage du placenta, presque comme il a été conseillé de faire lors de la sortie de la tête ; car le périnée nouvellement distendu par le passage du placenta, quoiqu'en moindre proportion, laisse voir plus clairement s'il est lésé ou non.

729. Dans l'accouchement simple, les membranes ayant coutume de se renverser, de rester en arrière, et de sortir les dernières, il faut les prendre tantôt avec une main, tantôt avec l'autre près des parties externes de la mère, et les extraire avec précaution.

730. Un accoucheur habile, qui sait dans quelle direction se présente la cavité de la matrice, lorsque tout ce qu'elle contenoit en est sorti, et qu'elle s'est déjà beaucoup resserrée sur elle-même, doit reconnoître encore une fois (§. 537.), par le toucher, l'état de la matrice, en extraire les corps étrangers qui pourroient encore s'y trouver, afin de prévenir les accidens qui pourroient résulter de leur présence.

731. Cette opération, non moins utile que celle qui consiste à toucher le ventre immédiatement après la sortie du fœtus et avant la séparation du placenta (§. 708.), épargne à la femme beaucoup de douleurs consécutives (§. 536.) et prévient d'autres accidens capables de mettre sa vie en danger.

732. Le seul motif pour lequel on éprouve souvent plus de difficulté à extraire le placenta qu'on en a eu dans l'accouchement même du fœtus, lorsque cela ne dépend pas de ce que l'on s'est trop pressé à opérer, provient de l'angle aigu que forme la matrice avec le vagin (§. 713.), et de ce que l'on tire le cordon de manière à rendre cet angle

plus aigu encore : en agissant de cette manière, la résistence est encore augmentée par le frottement du cordon sous l'arc du pubis.

733. D'après cela il paroît, et l'expérience le prouve, qu'il suffit de placer la mère convenablement, et de donner une meilleure position à la matrice : par ce moyen, et en employant un procédé convenable, un accoucheur instruit diminue de moitié les difficultés, et obtient facilement l'effet désiré.

734. Un conseil instructif, fruit peut-être de la seule pratique, donné par la Sigmundin, est remarquable et mérite de tenir ici sa place; elle dit: « Quand les secon-
» dines ne veulent pas sortir comme de coutume, je fais
» soulever et tenir bien élevé le ventre, pendant que je
» prends le cordon de la main gauche pour pouvoir, avec
» deux doigts de la droite, aller le long du cordon jusqu'à
» l'orifice de la matrice que j'élève, comme j'ai fait dans
» l'accouchement; par ce moyen, les secondines s'abai-
» sent et paroissent enfin ». Il suffit donc de donner à la femme une situation convenable, et en même-tems d'agir soi-même de manière à remplir l'indication (§. 680.).

735. Par conséquent, il est clair que la chaise à accouchement, dont le dossier est immobile, est moins avantageuse, parce qu'elle oblige de tenir d'une manière vicieuse le cordon sous l'arc du pubis, ce que les accoucheuses ont coutume de faire, quand toutefois elles n'opéreroient pas d'une manière opposée, en faisant la poulie plus en bas sur le périnée, et en tâchant ainsi de changer en obtus l'angle aigu que forment ces parties.

736. Comme d'après ce qui a été dit (§. 643.), une bonne position (§. 734.) contribue à en donner une favorable à la matrice elle-même, on voit par-là de quelle utilité seroit une chaise-lit dont on abaisseroit au quatrième degré la dossière sur la fin de l'accouchement.

737. Outre l'avantage de la position horizontale que procure cette chaise, dans le cas où il survient des éva-

nouissemens dangereux après l'accouchement, ou quelques difficultés dans l'extraction du placenta, l'expérience nous apprend que, dans ce dernier cas, (avant l'arrivée de l'accoucheur), les sages-femmes ont déjà éprouvé les plus grandes difficultés seulement à porter la femme, de leurs chaises à accoucher qui ne se plient point, dans un lit, pour leur donner une position plus basse. Les avantages d'une chaise à accouchement bien faite, sont donc d'autant plus grands et plus variés, qu'elle peut servir de lit de repos immédiatement après l'accouchement.

738. Il ne faut cependant pas mépriser les autres secours que l'on a coutume de donner dans ces sortes de cas, comme de frotter l'abdomen, de faire tousser la femme; mais il ne faut point, comme on l'a conseillé, provoquer l'éternuement, parce qu'il pourroit avoir les suites les plus funestes. Au reste, ce qui contribue davantage à avancer la sortie du placenta, c'est l'action des muscles de l'abdomen et du diaphragme.

739. Une perte de sang assez légère succède ordinairement à la sortie du placenta; quelquefois sa quantité donne lieu à des inquiétudes, et l'accoucheur le plus prudent et qui a le mieux observé les règles de l'art, n'est pas toujours en état d'arrêter cette hémorragie, qui devient souvent funeste; car si dans ce cas la mère perd avec le pouls la chaleur naturelle, si sa vue se trouble, si elle devient sourde, si elle éprouve des défaillances accompagnées de sueurs froides et de convulsions, la vie est alors dans le plus grand danger, et il est de la dernière importance de savoir prendre une prompte détermination. Cependant, on peut souvent, par des moyens décisifs et efficaces, éloigner le danger, et c'est ici que l'art peut être du plus grand secours.

740. Le conseil que quelques auteurs donnent de racler aussitôt et indistinctement le placenta, est contre les règles de la nature, et peut être souvent funeste; d'ailleurs cette opération est rarement utile : on doit encore moins per-

mettre aux sages-femmes de la pratiquer, à moins qu'elles ne soient très-instruites ; comme, par d'autres motifs, il ne doit pas leur être permis de fouiller trop dans ces parties.

741. Nous parlerons plus au long de ces cas particuliers dans lesquels le placenta reste dans la matrice, dans le seconde Partie de cet ouvrage.

CHAPITRE XII.

De l'Accouchement naturel de Jumeaux, et des secours qu'il réclame.

742. L'ACCOUCHEMENT de jumeaux est de trois espèces ; ou entièrement naturel, ou entièrement contre nature, ou mixte.

743. Les signes les plus certains de l'accouchement de jumeaux ont lieu immédiatement après la sortie du premier enfant, et sont en partie extérieurs et en partie intérieurs.

744. Dans l'accouchement de jumeaux entièrement naturel, la nature suit la même marche et emploie les mêmes forces que dans l'accouchement simple naturel, avec cette seule différence que, dans ce cas, elle réitère la même opération.

745. Mais la nature ne suit pas la même marche à l'égard du placenta, car elle emploie entièrement le même procédé que dans l'accouchement simple naturel.

746. L'accoucheur doit en tout suivre les indications que présente la nature, et donner à chacun des fœtus la même assistance qu'il auroitdonné à un seul dans un accouchement simple.

747. Et pour l'extraction du placenta, l'accoucheur doit se régler exactement comme dans l'accouchement

simple naturel, en prenant garde de donner lieu à sa séparation ou à son extraction avant que le second fœtus soit sorti; et par précaution, ou plutôt par simple indication (§. 701.), il liera la partie maternelle du cordon du premier né pour opérer ensuite sur les deux ensemble de la même manière qu'il auroit fait sur un seul.

748. On doit également suivre les mêmes règles lorsqu'il y a un plus grand nombre de fœtus.

749. Au reste, c'est une chose remarquable, quoique très-facile d'ailleurs à expliquer, que, dans le cas de jumeaux, les membranes des secondines ne se renversent point, ou du moins ne se renversent pas aussi complètement, et ne sortent pas les dernières, comme cela a coutume d'arriver dans l'accouchement simple (§. 729.).

750. Les membranes ne se renversent pas, lorsque celle qui sépare les jumeaux est restée entière, et que chacun d'eux a rompu son propre sac (§. 380.): elles se renversent imparfaitement lorsque l'un des jumeaux seulement a rompu son propre sac, et que l'autre rompt la séparation commune (§. 381.), et sort par le passage que le premier s'est fait.

751. Il est naturel que ces phénomènes aient leurs causes et leurs effets.

752. L'accouchement de jumeaux, entièrement contre-nature ou mixte, sera traité dans la seconde Partie, qui comprend les cas contre-nature et difficiles.

FIN DE LA PREMIÈRE PARTIE.

COURTE EXPLICATION

DES FIGURES

Pour faciliter l'intelligence de la marche de la nature dans la Grossesse et dans l'Accouchement.

EXPLICATION DE LA Ire. TABLE.

La première table donne la connoissance du bassin, bien ou mal conformé, et de ses propriétés.

FIGURE 1.

Cylindre cave coupé en *a* horizontalement, et en *b* obliquement. La différence remarquable entre ces deux sections, fait voir combien l'ouverture supérieure acquière d'espace, par le moyen du grand plan incliné antérieur imaginaire. (§. 37.)

FIG. 2.

Bassin bien conformé, dans lequel on voit les principaux diamètres : *a a* diamètre du grand bassin, ou bassin supérieur (§. 40.); *b b* grand diamètre du détroit supérieur du petit bassin; *c c* le petit diamètre; *d d* les diamètres obliques de Deventer. (§. §. 41, 42.)

On observe principalement les diamètres suivans au détroit inférieur du petit bassin : *e* le grand diamètre; *f f* les deux diamètres obliques (§. §. 43 et 44.)

On n'a pas pu bien représenter le petit diamètre qui se prend de la pointe du coxis à l'arc du pubis.

FIG. 3.

Parallèle de l'axe du corps avec l'axe du bassin : *a a* l'horizon ; *b* l'axe du corps ; *c* l'axe apparent du bassin ; *d* le véritable axe du bassin qui traverse à angle aigu l'axe du corps. (§. §. 56, 57.)

FIG. 4.

Plan oblique du détroit supérieur du bassin, conjointement avec son axe : *a c* l'horizon qui sert de base au triangle rectiligne ; *a b* la cathète ; *b c* l'hypoténuse ou le plan oblique du détroit supérieur du bassin ; *d e* l'axe du bassin qui tombe comme une perpendicule sur le point de division du plan oblique, et s'écarte *e* de l'horizon. (§. §. 58, 66, 67, 68.)

FIG. 5.

Cette figure représente le détroit supérieur d'un bassin bien conformé : *a a* les axes des têtes des fémurs prolongés à travers les cavités cotiloïdes qui s'entrecroisent *b* dans l'espace vide du bassin devant l'éminence du sacrum sous l'angle qui lui convient dans l'état naturel. (§. §. 82, 86.)

FIG. 6.

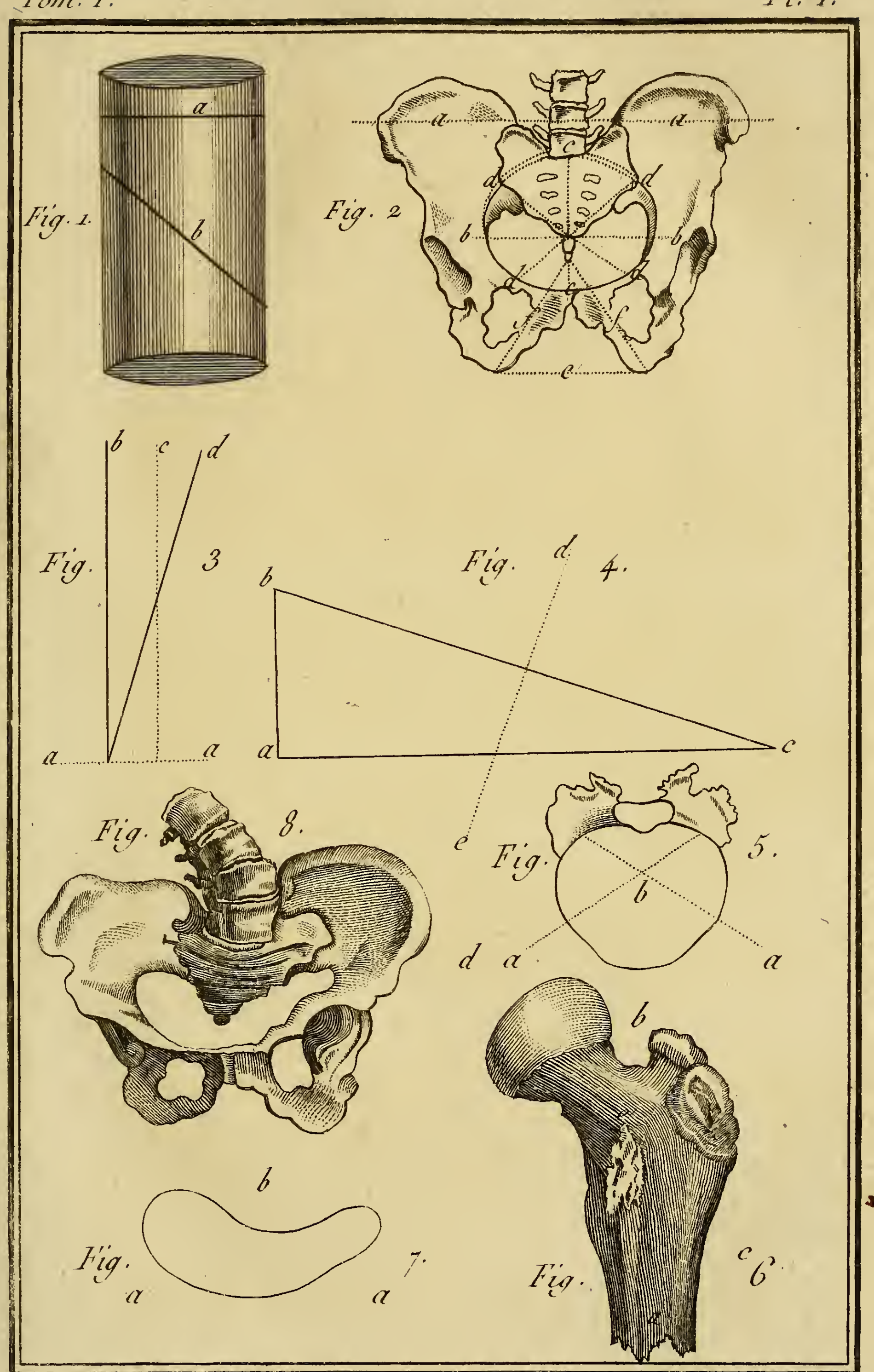
La partie supérieure d'un fémur : *a b* l'axe du corps du fémur ; *c d* l'axe de la tête du fémur ; *e* l'angle obtus formé par ces deux axes. (§. 85.)

FIG. 7.

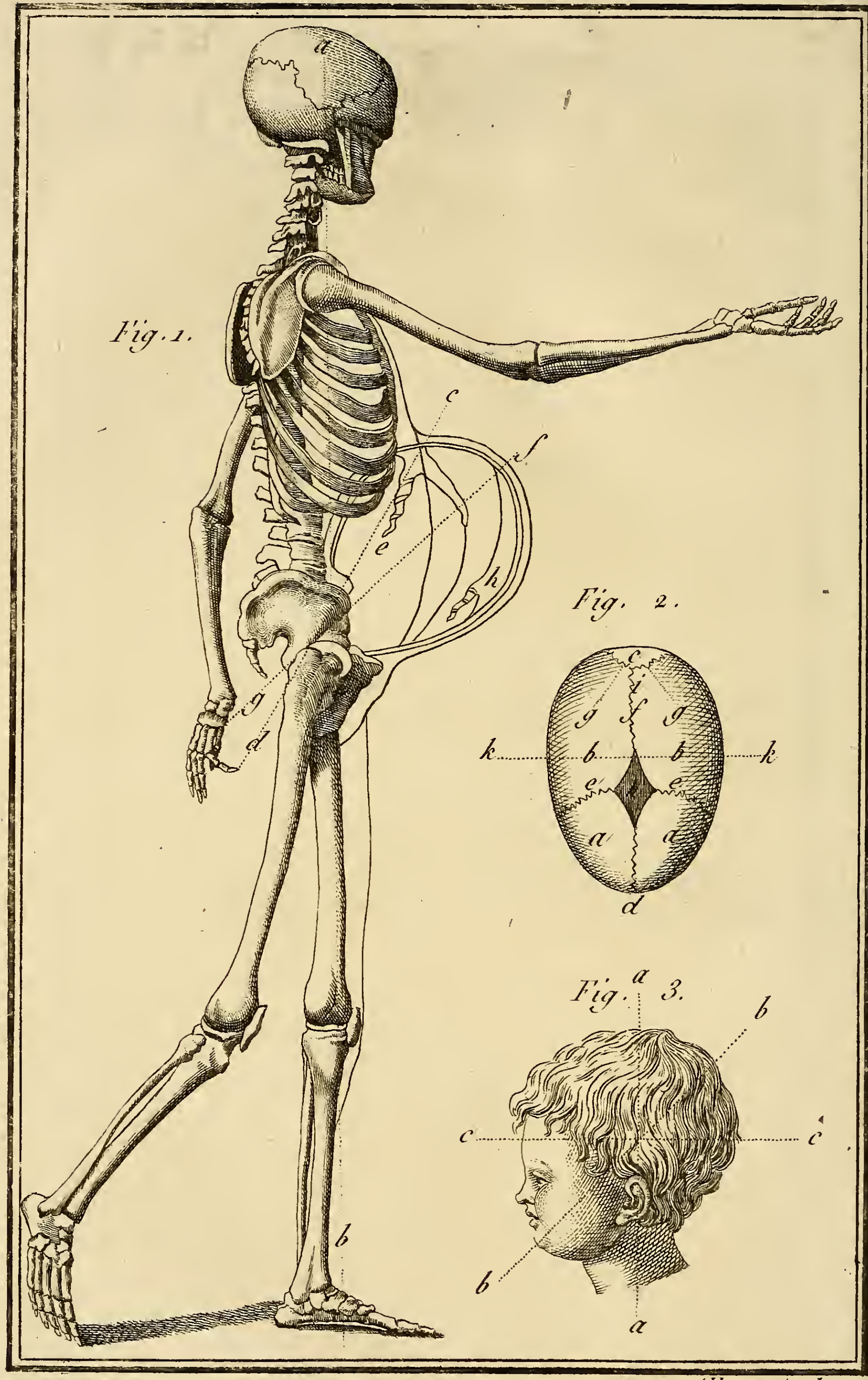
Détroit supérieur d'un bassin mal conformé : *a a* les axes des têtes des fémurs prolongés à travers la cavité cotiloïde qui s'entrecroisent *b* hors de l'espace vide du bassin, et derrière l'éminence du sacrum. (§. 87.)

FIG. 8.

Bassin écrasé, bossu, oblique, et dont une anche est plus élevée que l'autre. (§. 101.)



Allais Sculp.



Allais Sculp.

EXPLICATION DE LA IIme. TABLE.

La seconde table représente un squelette de femme bien conformé; et en profil, une matrice dans divers tems de la grossesse. On y a tracé le profil d'une tête de fœtus et un crâne nu.

FIG. 1.

On voit la ligne centrale du corps *a b* (§. 56.) : la ligne centrale du bassin, de la matrice dans l'état de grossesse, et du fœtus dans la même ligne *c d*; et comme la même ligne prolongée en bas, passe en avant et près du coxis (§. 75.), quand le placenta *e* a, comme c'est l'ordinaire, son siége naturel au fond de la matrice, la femme étant couchée sur le dos; et comme alors la ligne centrale de la matrice, dans l'état de grossesse, forme la diagonale du parallélogramme imaginaire que décrivent les muscles abdominaux et le diaphragme (§. 74.), par conséquent la ligne centrale du bassin, de la matrice et du fœtus, se confondent presque entre elles (§. 80.) On voit encore en même tems combien la ligne centrale de la matrice *f g* s'écarte de l'axe du bassin *c d*, en se portant en avant conjointement avec l'axe du fœtus, toutes les fois que le placenta *h* a un siége contre-nature, comme, par exemple, hors du fond, aux parois antérieures de la matrice, principalement si la femme est debout (§. 370.)

FIG. 2.

La voûte osseuse du crâne (§. 452.) dans laquelle on voit, outre les os, c'est-à-dire, le frontal *a a*, les pariétaux *b b* et l'occipital *c*, les sutures, telles que la frontale *d*, la coronale *e e*, la sagitale *f*, l'occipitale *g g*, mais encore les interstices membraneux ou les fontanelles, telles que l'antérieure ou la grande *h*, et la postérieure ou petite *i* (§. 452, 453.); on remarque en même tems le petit diamètre de la tête (§. 459.)

FIG. 3.

Profil d'une tête de fœtus, où l'on voit les deux axes, c'est-à-dire, le perpendiculaire *a a*, et le longitudinal *b b* (§. §. 455, 456, 458.) avec le grand diamètre de la tête *c c*. (§. 457.)

EXPLICATION DE LA IIIme. TABLE.

La troisième table sert à donner la connoissance de la structure d'une matrice dans l'état naturel. Elle explique la doctrine de l'œuf et du fœtus qui y est contenu, ainsi que quelques phénomenes des parties de l'œuf dans le tems de la grossesse.

FIG. 1.

Dessin ou forme extérieure d'une matrice dans l'état naturel. (§. 114.)

FIG. 2.

La forme interne d'une matrice dans l'état ordinaire, coupée verticalement en long. On y voit en particulier sa cavité *a* qui ressemble à un triangle curviligne, ses principales parois *b c d*, ses segmens *e f g h*, et son axe *i k*. (§. §. 115, 116, 117, 118, 119.)

FIG. 3.

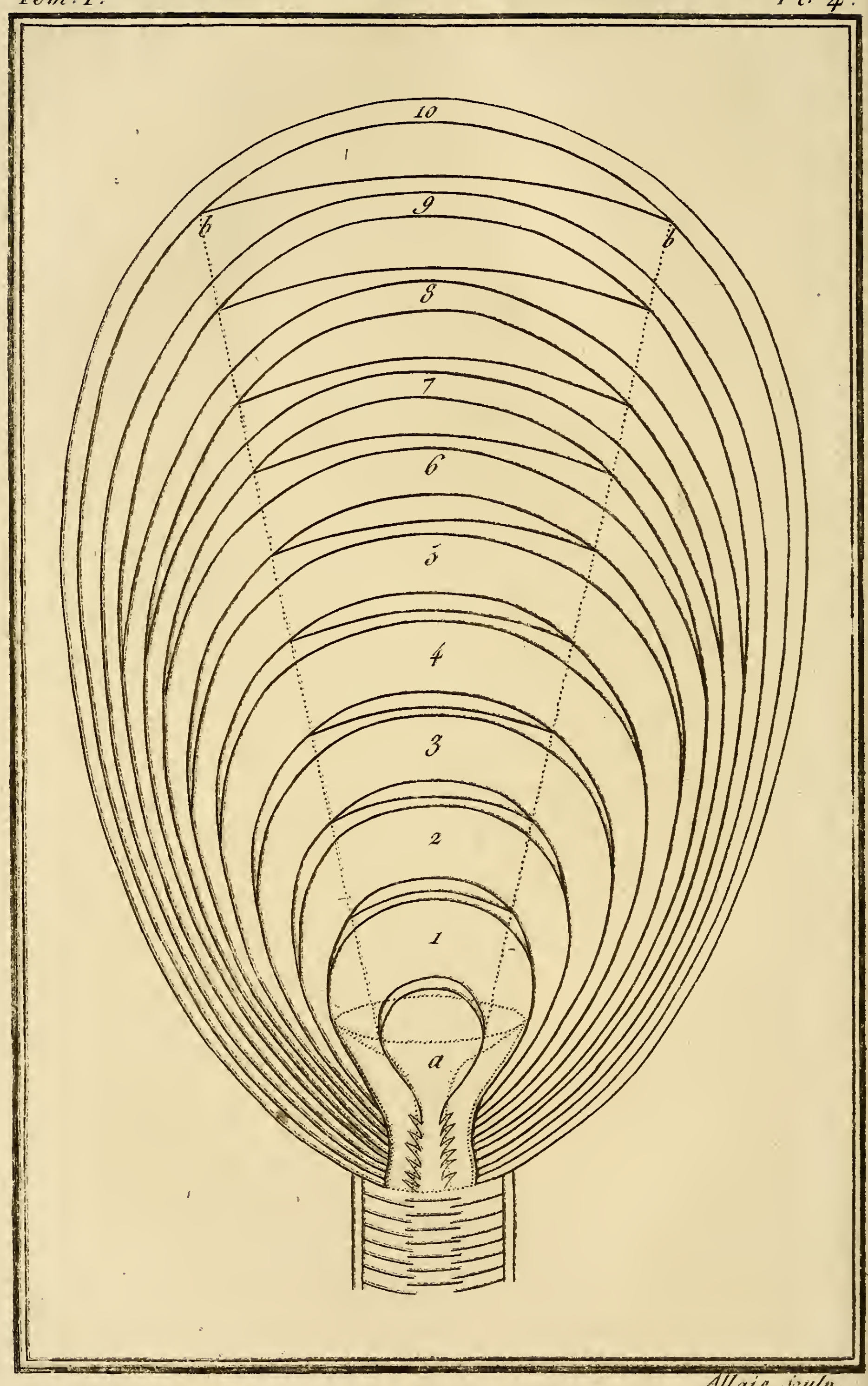
Le segment inférieur à part, c'est-à-dire, le col de la matrice dans l'état naturel, ou plutôt son canal seulement. On y voit son diamètre particulier *a b* qui le divise en deux cônes. En outre le cône inférieur du segment inférieur *c*, qui pend en partie dans le vagin *d*; l'orifice externe ou inférieur de la matrice *e*, et l'interne ou supérieur *f*. (§. §. 121, 122.)

FIG. 4, 5, 6, 7.

Sections du cordon ombilical pour démontrer comment Noortvyk y trouve les séparations. (§. 400.)



Allais Sculp.



Allais sculp.

FIG. 8.

Cette figure rend manifeste la transformation de la fente transversale de la matrice en une forme ronde dans le tems de la grossesse. (§. 178.)

FIG. 9.

L'œuf humain à travers lequel paroît le fœtus dans sa véritable position originaire. (§. §. 280, 438.)

FIG. 10.

La matrice dans l'état de grossesse avec une portion du vagin : on y voit les différens points d'insertion du placenta, ainsi que les phénomènes qui en résultent relativement à l'insertion du cordon. (§. §. 109, 110, 361, 362.)

EXPLICATION DE LA IVme. TABLE.

La table quatrième représente une matrice dans l'état naturel, coupée en long, de manière qu'elle présente la disposition interne de sa face supérieure. Ainsi on voit, en suivant les chiffres 1, 2, 3 etc. sa dilatation graduée et son élévation pendant la grossesse. On voit *a* le plus petit espace de la cavité de la matrice dans l'état naturel; et comme dans le premier mois de la grossesse, elle a non-seulement changé de forme, mais elle est devenue beaucoup plus grosse, et elle continue ensuite d'augmenter de volume pendant tous les mois de la grossesse. On voit également comment dans les trois premiers mois de la grossesse, les parois de la matrice, et principalement le fond, se gonflent et grossissent, tandis que, dans les mois suivans, le reste des parois, ainsi que le fond, cèdent à la plus grande distension, et s'amincissent, et comme le col de la matrice disparoît peu à peu et se perd dans la dilatation; enfin, on voit encore entre les lignes pointillées *b b*, les segmens d'arc que le placenta, croissant peu à peu, imprime au fond de la matrice,

ainsi que les changemens qui surviennent à son volume et à sa forme, relativement à l'époque de la grossesse. (§. §. 242, 248, 256, 257, 258, 260, 261, 263, 265.)

EXPLICATION DE LA Vme. TABLE.

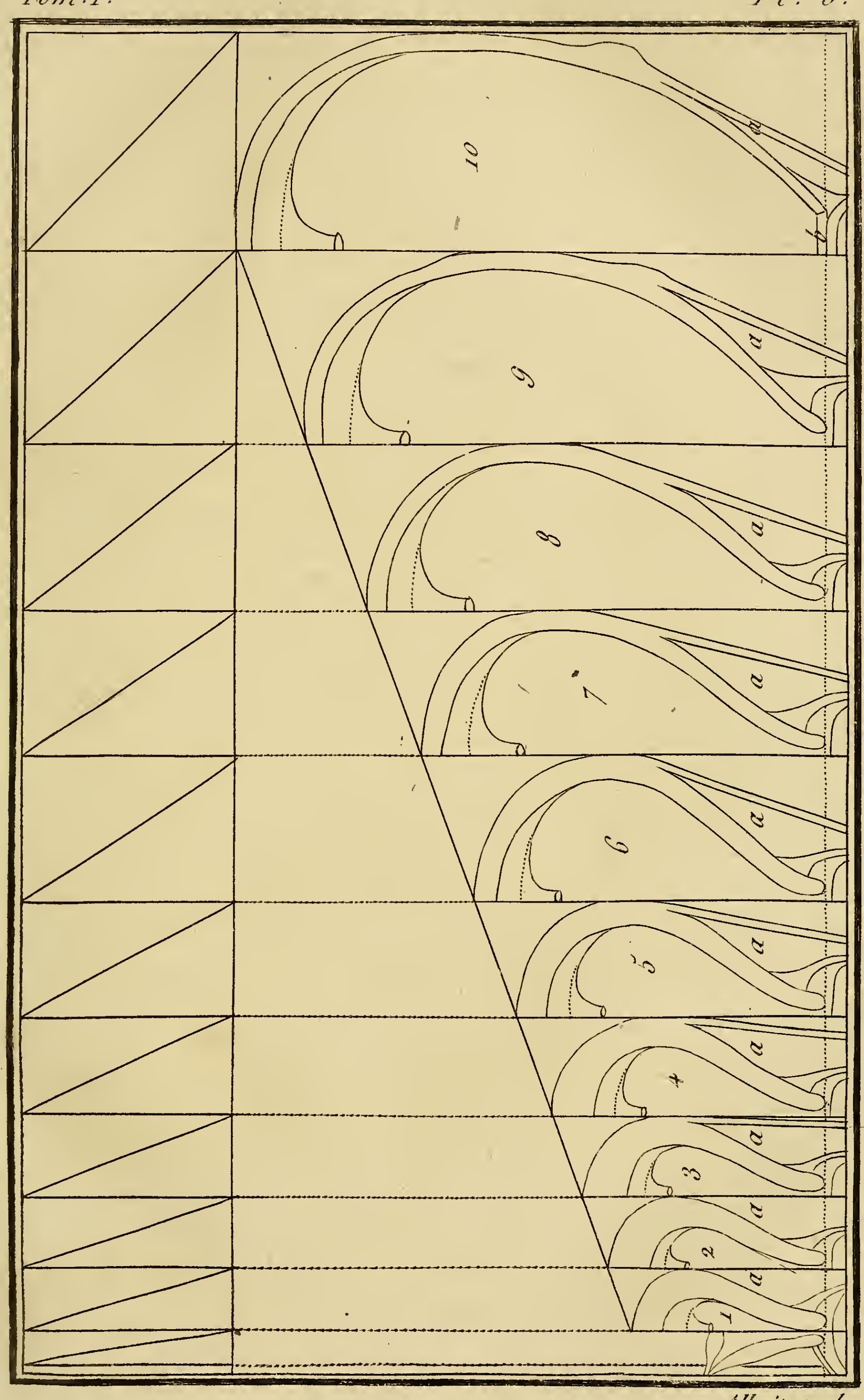
OUTRE les changemens qu'éprouve la matrice dans l'état de grossesse, changemens indiqués dans la Table précédente, et dont on voit les traces dans le milieu de la matrice, mais plus distinctement vers sa quatrième partie, on observe en particulier non-seulement les degrés indiqués ci-dessus par le moyen des lignes obliques, selon lesquelles la matrice se porte toujours plus en avant à chaque mois de grossesse (§. §. 252, 253.); mais encore on remarque les changemens successifs qui arrivent pendant la grossesse aux ligamens ronds, et qui rendent manifeste ce qui a été dit à l'égard de la dilatation uniforme des parties de la matrice dans l'état de grossesse (§. §. 256, 257, 258, 260.) On voit enfin comment il faut que le col contribue peu à peu à la dilatation de toute la matrice, quand elle commence à prendre par degrés une forme ronde, et comment, en un mot, l'orifice de la matrice se distend tellement, qu'il paroît déjà un peu ouvert. (§. §. 260, 261, 262, 264, 266, 267, 271, 272, 274.)

EXPLICATION DE LA VIme. TABLE.

LA table sixième sert à expliquer les fonctions de la matrice dans l'accouchement naturel, et à démontrer les changemens qui surviennent aux parties de l'œuf et à celles du fœtus, mais principalement à la tête dans l'accouchement naturel.

FIG. 1.

Cette figure représente une matrice avec sa circonférence externe *a* dans le dernier mois de la grossesse. On voit *b* le changement



Allais sculp.

changement qu'éprouve la cavité de la matrice quand ses parties, et principalement son fond, par le moyen de ses contractions qui commencent, essaient souvent en vain, au premier tems de l'accouchement, par les douleurs présageantes, d'ouvrir davantage l'orifice par le moyen de la partie inférieure du sac de l'œuf et de l'eau qui s'y trouve au-devant de la tête du fœtus (§. §. 555, 556, 557, 589, 595, 597.) Tandis que aussitôt que la douleur ou la contraction de la matrice cède, ou est déjà passée, la cavité de la matrice se porte de *b* à *a*, c'est-à-dire, qu'elle reprend son premier état, et s'y fixe, après plusieurs épreuves, pour quelque tems, dans les premières tentatives pour avancer le commencement de l'accouchement, en se contractant plus fortement, jusqu'à ce qu'elle reste au point *b*; alors les eaux sont déjà en grande partie formées (§. §. 581, 586, 590, 598, 560.) Quand ensuite la cavité de la matrice, déjà en partie resserrée, essaie, par une ultérieure contraction de ses parties, de se resserrer encore davantage, et de passer de *b* à *c*, les eaux se disposent non-seulement mieux, mais encore lorsque la matrice est à *c*, elles sont déjà prêtes à éclater, et ne perdent plus le degré de tension qu'elles ont acquises; et lorsque ces eaux s'échappent et sortent, la matrice passe de *c* à *d*. On voit alors non-seulement la différence remarquable de la cavité rétrécie de la matrice et de la substance plus épaisse de ses parois, principalement dans le fond, mais encore les changemens que les faces du placenta ont souffertes *e e* relativement à leur forme (§. §. 586, 591, 604, 716.) Après un moment de repos, la matrice arrivée au troisième tems de l'accouchement, est en état de se contracter avec plus de force et d'effet; et tandis qu'elle parvient à *f*, la tête entre au couronnement; près de *g* elle est au passage; et enfin lorsque la matrice se contracte jusqu'à *h*, la tête est à la sortie et le fœtus paroît dehors. Alors la matrice occupe aussitôt l'espace *i*, et l'on voit la densité et l'épaisseur qu'ont acquis ses parois *k k*, et l'altération qu'a subi le placenta dans sa forme *e e*, comme

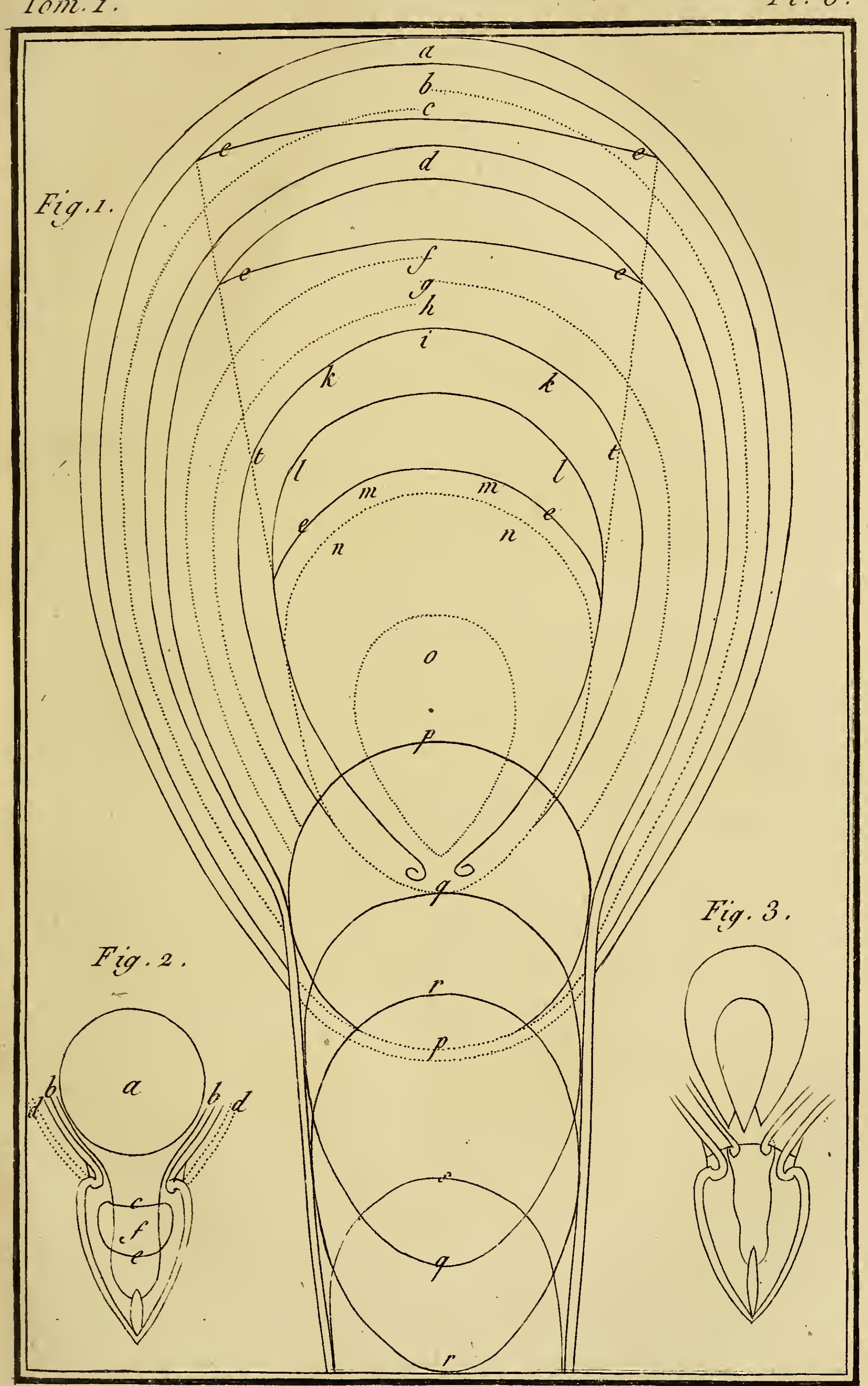
aussi le point auquel la cavité de la matrice est réduite *m m* (§. 716.) Enfin, lorsque le placenta est sorti *l l*, la matrice vide prend la forme du petit œuf pointillé. On voit alors la grande épaisseur de ses parois *n n*, et l'espace rétréci de sa cavité qui reste encore *o*. La tête du fœtus *p p*. éprouve dans ce moment de l'accouchement les changemens suivans : les eaux écoulées, la matrice se contracte jusqu'à *d*, et se trouve *p p* dans le capuchon du segment inférieur dans la région de l'ouverture moyenne du bassin (§. 604.) Si la matrice se contracte jusqu'à *f*, la tête s'avance en bas vers *q q* au couronnement (§. 618.) La matrice étant à *g*, la tête se trouve au passage *r* (§. 520.) ; et quand la matrice est à *h*, la tête est à la sortie *s* (§. 623.), et prend ensuite dans son passage à travers les parties, une forme allongée ou ovale *q q*, *r r*, *s*. (§. §. 618, 620, 623.)

FIG. 2.

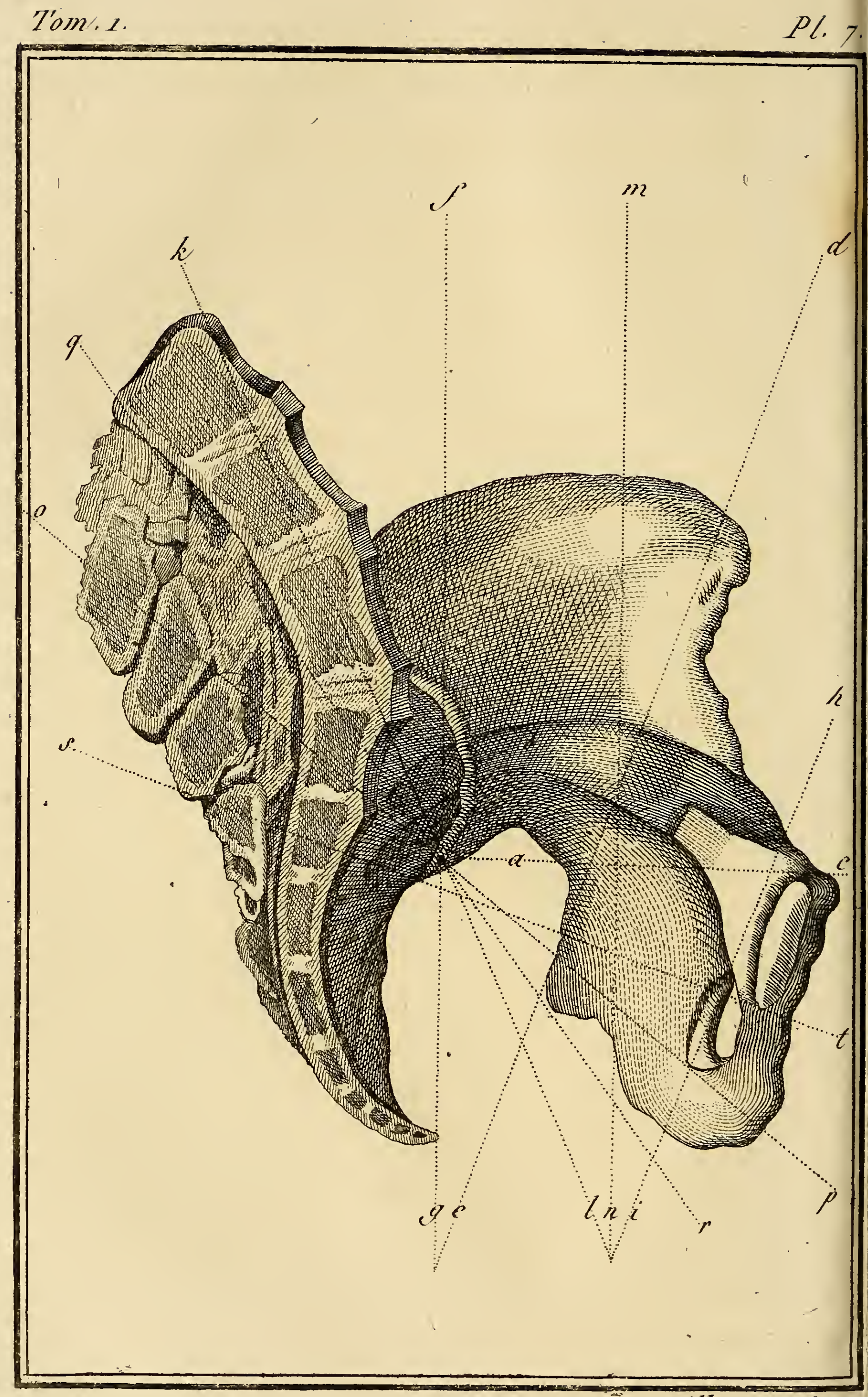
Cette figure fait apercevoir quelques phénomènes dans le segment inférieur de la matrice, dans les membranes et dans la tête du fœtus, dans le second tems de l'accouchement. *a* la tête du fœtus dans le segment inférieur *b b*, pendant les douleurs et lorsque les eaux se présentent *c* ; *d d* le même segment inférieur de la matrice, et la tête *c* dans l'intervalle des douleurs. Ces dessins indiquent ce qui a été dit (§. §. 423, 586, 590, 595, 598, 600, 606.) ; *e* les eaux bien formées et prêtes à s'échapper (§. §. 602, 608.) ; *f* les eaux mal formées et prêtes à s'échapper. (§. §. 423, 608.)

FIG. 3.

Elle indique les changemens qui arrivent au segment inférieur, et particulièrement à l'orifice de la matrice, après qu'elle s'est vidée entièrement, ainsi que ceux qui arrivent au vagin, d'après ce qui a été dit (§. 555.)



Allais Sculp.



Allais sculp.

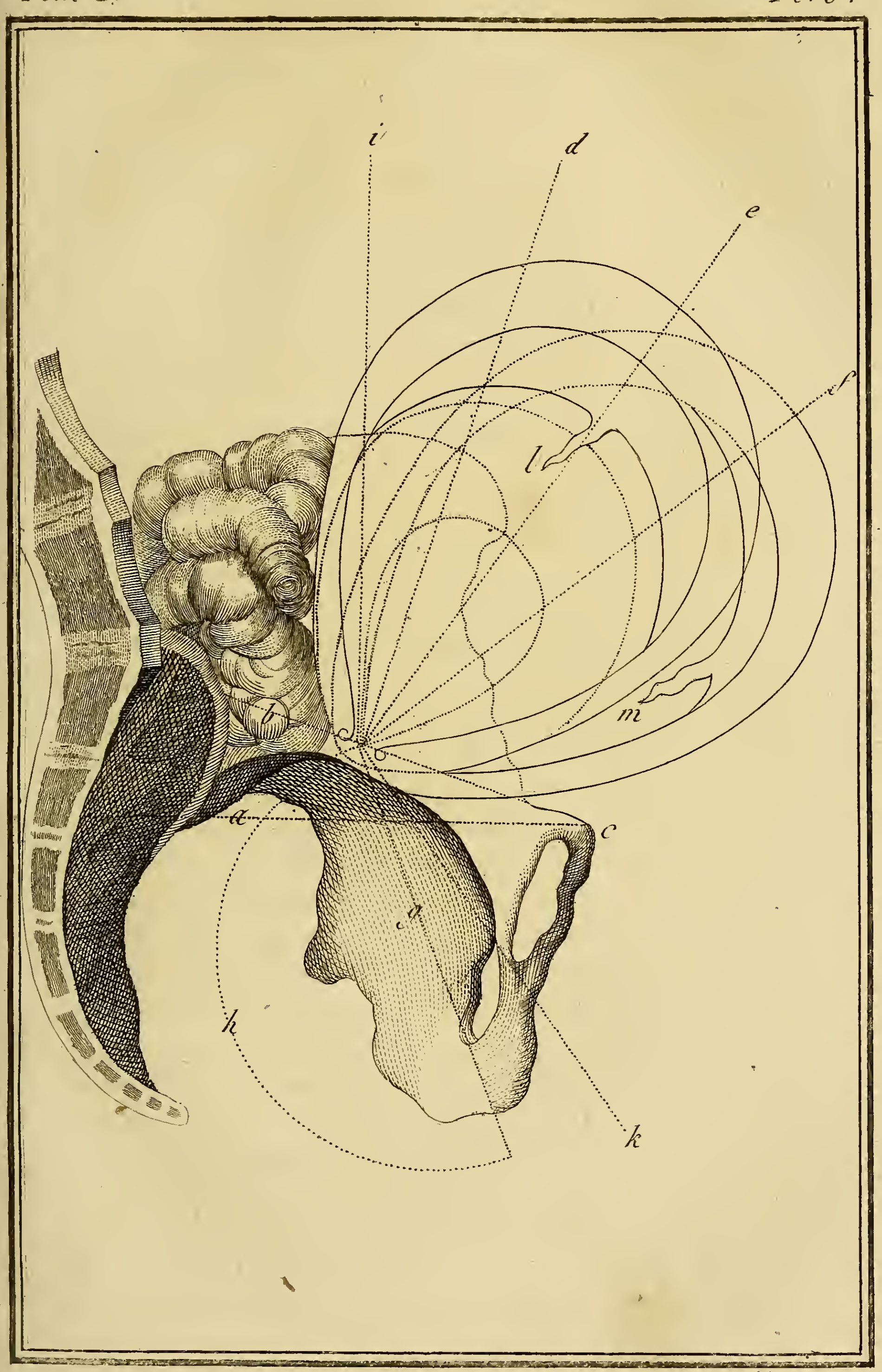
EXPLICATION DE LA VIIme. TABLE.

La table septième représente les trois derniers vertèbres lombaires, l'os sacrum, le coxis et les os innominés d'un côté. Les os innominés de l'autre côté ont été enlevés avec précaution pour laisser mieux apercevoir la cavité du bassin, et les lignes qui le traversent. Cette table sert sur-tout à faire connoître, d'après la différence des tems, la situation la plus commode et la plus favorable à l'accouchement naturel : *a b c* le grand plan incliné antérieur du détroit supérieur du petit bassin ; *d e* l'axe du bassin, de la matrice et du fœtus ; *f g* l'axe ou ligne centrale du corps de la femme. Le premier passe près du coxis à travers le sphincter de l'anus, principalement quand la femme est debout ou assise. (§. 75.) Cette situation ou position de la femme est très-convenable et avantageuse dans le premier, le second, et même dans partie du troisième tems de l'accouchement, c'est-à-dire, jusqu'à ce que la tête continue de s'abaisser en suivant la direction de cette ligne, dans la cavité du bassin (§. §. 637, 639,) : mais comme la matrice a de la propension à changer sa direction en cette position, et à s'approcher toujours plus obliquement en avant de la ligne *h j*, on doit par-là même, quoique la tête soit descendue plus bas dans le vagin, avoir soin de la diriger en avant (§. 640.), et à cet effet, on place la femme dans une position plus basse en arrière, par exemple, dans la direction de la ligne *k l* avec laquelle tombe en arrière le fond de la matrice, au lieu que l'orifice se porte plus en avant, et ainsi l'axe en change encore, de manière que la portion de ligne *d* se porte à *m* ; et en se mouvant de *d* à *m*, elle se meut aussi de *e* à *n* (§. 64 .) Ensuite si on place la femme de manière que la partie supérieure du tronc soit encore plus basse en arrière dans la direction de la ligne *o p*, alors *k* se porte à *q*, et *l* à *r*. Enfin, en plaçant la femme de manière qu'elle

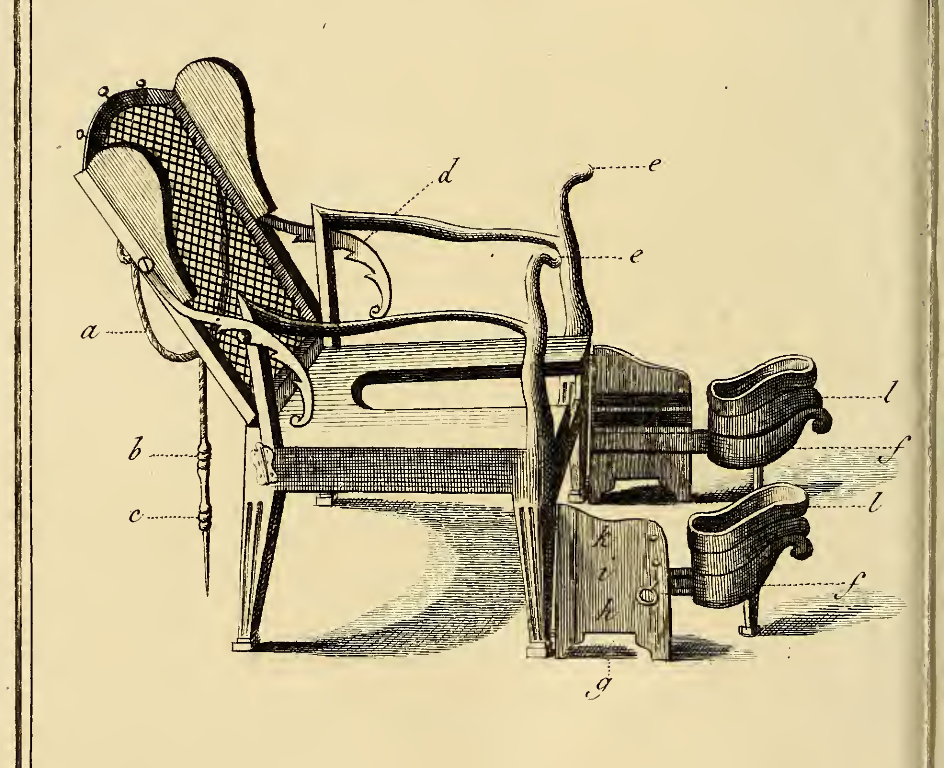
ait le dos très-abaissé, et dans une direction presque horizontale, selon la direction de la ligne *s t*, *q* se porte à *o*; ce qui fait que *r* se meut vers *p*: par conséquent, la tête, dans son passage, est portée toujours plus en avant pour sortir des parties de la mère, et par-là on pourvoit à la conservation de celles qui coopèrent à l'acte même de l'accouchement. (§. §. 641, 642, 643.)

EXPLICATION DE LA VIIIme. TABLE.

Outre les mêmes os du bassin, le grand plan incliné antérieur du détroit supérieur du petit bassin *a b c*, et son axe naturel, cette table représente la déviation de l'axe de la matrice de celui du bassin, lorsque la matrice ne contient plus que le placenta, et les intestins se portent tant derrière la matrice que sur son fond. (§. 713.) Si le placenta *l* est attaché au fond de la matrice, celle-ci ne se porte que peu en avant, c'est-à-dire, de *d* à *e*. Ensuite si le placenta *m* a son insertion à la paroi antérieure du corps de la matrice, elle se tourne beaucoup plus bas, c'est-à-dire, de *d* à *f*, ou au moins de *e* à *f*. (§. 370 *et suiv.*) Par-là, les lignes centrales de la matrice *d e f*, différentes selon les circonstances que nous avons rapportées, forment avec la ligne centrale du vagin *g* un angle plus ou moins obtus, d'où provient en grande partie la difficulté que l'on éprouve à extraire le placenta (§. 713, 732.) On donne alors à la femme une des positions basses indiquées dans la table précédente, quoique la matrice se jette encore en-dehors en changeant son axe de *f* en *e*, ou de *e* en *d*, ou même jusqu'à ce que le corps, plus bas encore, soit de *d* à *i*. Ainsi l'angle que forme l'axe de la matrice avec celui du vagin devient toujours plus obtus, et c'est de là que dépend en grande partie la facilité que donne ce léger travail pour expulser les secondines (§. 734.) Si on laisse la personne dans la position convenable au quatrième tems de l'accouchement, on aura peu à



Allais Sc.



Allais Sculp.

craindre que la matrice se porte trop en-devant, et la sortie artificielle du placenta ne sera pas difficile, s'il ne s'y présente aucun autre obstacle. Mais si on laisse la femme assise perpendiculairement dans la chaise à accouchement, et si on tire le cordon dans la direction de la ligne *k*, il est aisé de comprendre que l'extraction du placenta devra être d'autant plus difficile (§. 734.), que cet angle sera plus aigu.

EXPLICATION DE LA IXme. TABLE.

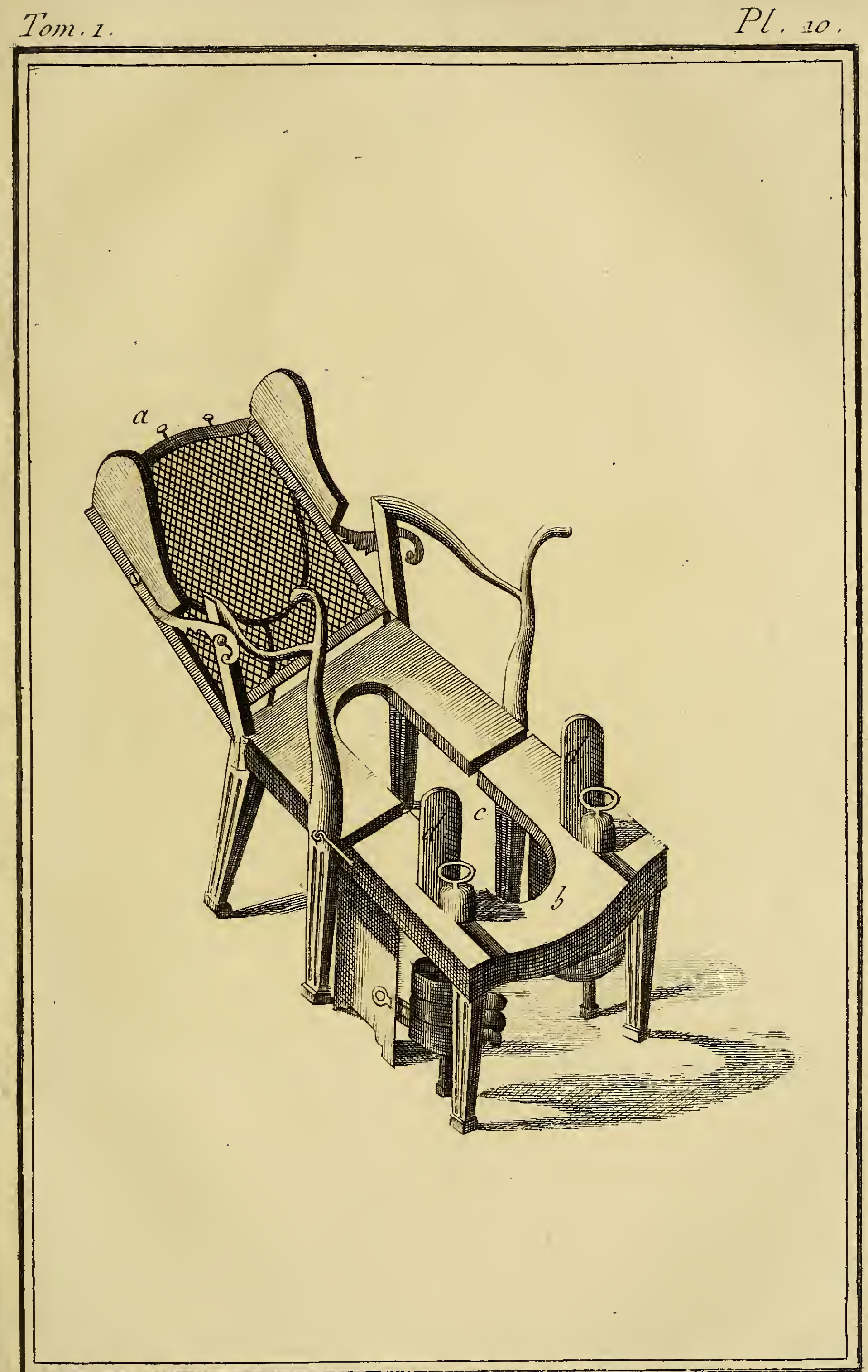
CETTE figure représente la chaise à accouchement (§. 645.), dont les parties sont unies par le moyen de charnières et de crochets, de manière à pouvoir se démonter entièrement, et avec les matelas dont on la garnit : on peut réunir toutes ces pièces dans une caisse de médiocre volume, pour en faciliter le transport d'un endroit à un autre, ou la prendre avec soi en voyage.

La chaise est vue transversalement, parce qu'on ne pouvoit plus aisément en démontrer toutes les parties essentielles : le dossier est abaissé au second degré, comme il doit l'être au second tems de l'accouchement (§. §. 585, 596.), lorsque les eaux sont disposées et prêtes à s'échapper (§. §. 598, 599, 602, 603.), et que la femme doit désormais garder une position stable (§. §. 638, 639, 654.), d'après la théorie de l'accouchement naturel (§. §. *précéd.*) Les pièces les plus essentielles à remarquer sont *a* la barre de fer pour soutenir le dossier au troisième et au quatrième degré de son inclinaison, ou, ce qui est la même chose, dans le troisième (§. 614 *et suiv.*) et quatrième tems de l'accouchement (§. 126 *et suiv.*) Pour pouvoir raccourcir au besoin la barre, elle est brisée aux endroits *b* et *c*, et se termine par une vis à laquelle on peut adapter une enveloppe pour la fermer tant que le dossier, dans sa première ou sa seconde inclinaison, n'a pas besoin de soutien; en outre, on remarque sur les côtés le fer *d* armé de quatre crans pour les quatre degrés.

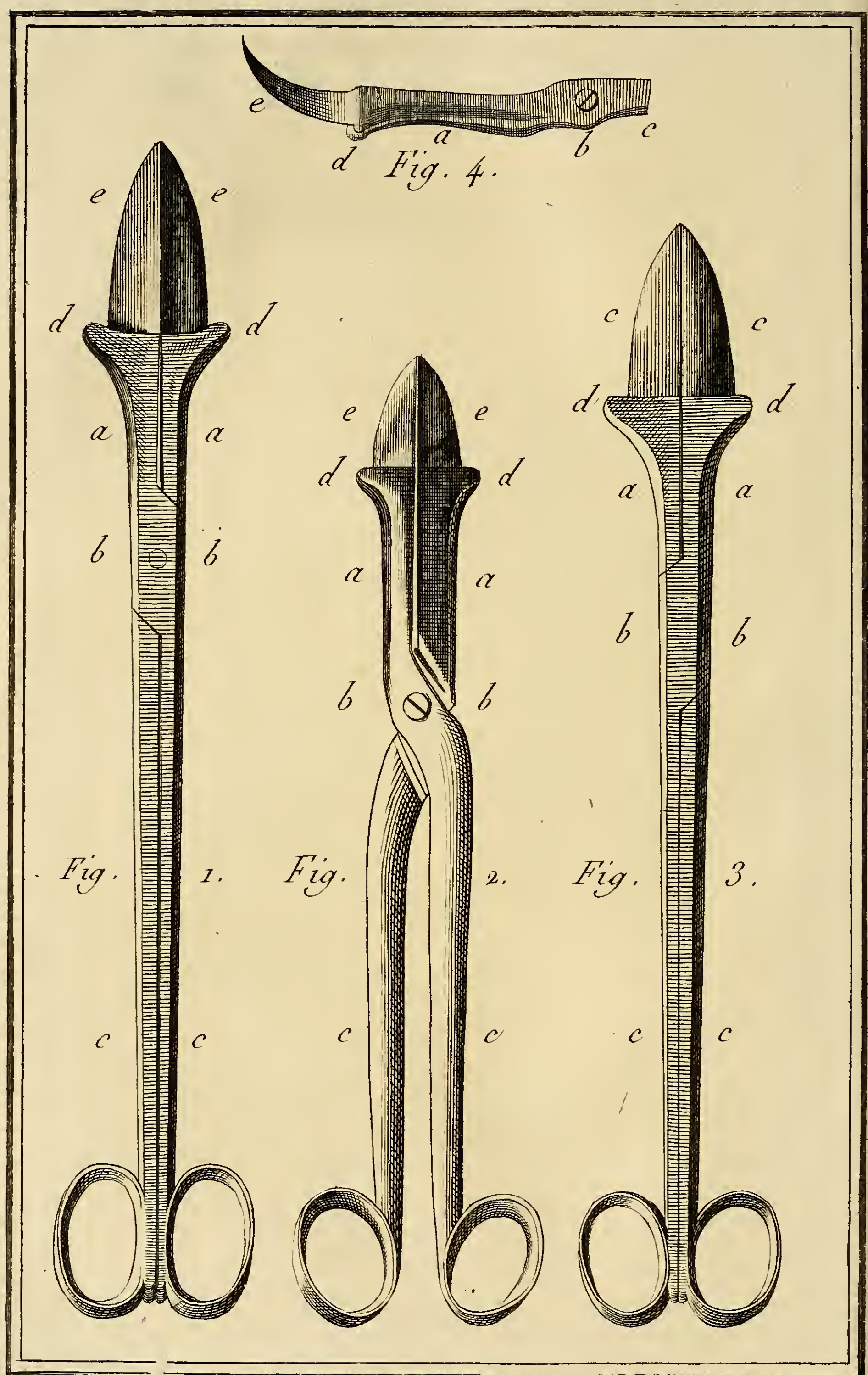
d'inclinaison. Outre la table encavée sur laquelle on s'asseoie, il y a encore des bras surmontés d'une pomme recourbée *e e*, qui sont d'autant plus remarquables qu'elles indiquent à la femme qu'elle doit plutôt les tirer à elle, que les en éloigner (§. §. 646, 658.) Ces bras, ainsi que les marche-pieds *f f* sont construits de manière à former un plan incliné contre lequel on appuie les pieds, et la femme ne peut être assise ou couchée sur la chaise, sans que ses jambes pliées ne forment un angle aigu avec les cuisses; ce qui fait qu'avec la moindre dépense possible de forces, elle est en état de mouvoir et pousser un poids extraordinaire (§ §. 646, 688, 659, 660, 661.) Les marche-pieds sont ajustés avec les pieds de la chaise *g g*, de manière qu'en glissant dans une triple queue d'hirondelle *h i k*, où ils sont retenus et fixés par le moyen d'une pointe, les premiers peuvent être élevés et allongés à volonté, de même que dans le plus grand abaissement du dossier, les pommes des bras peuvent être raccourcies pour mettre des draps par-dessus; et quand, dans le plus grand abaissement du dossier, il faut élever davantage les marche-pieds, il suffit de placer quelque chose dans leur fond *l l*, avec quoi on puisse les soulever à telle hauteur qu'il soit possible, dans tous les cas, de se passer de l'anti-chaise, que l'on peut voir dans la Table suivante, s'il n'étoit quelquefois plus avantageux de s'en servir.

EXPLICATION DE LA Xme. TABLE.

On voit dans cette figure la chaise-lit (§. §. 646, 656, 661.) représentée dans une position oblique, posée sur les pieds avec leur escabeau, et le dossier baissé au quatrième degré *a*; on y a joint l'avant-chaise *b*. Outre sa propre excavation, dans laquelle est assis l'accoucheur, on y glisse perpendiculairement les marche-pieds *d d* pour y être fixés dans leurs queues d'hirondelle, parce que la femme étant dans une position presque horizontale, et ayant les cuisses



Allais Sculp.



Allais sculp.

écartées, on n'a point de but pour qu'elle fasse valoir ses forces dans les opérations que l'on peut avoir à exécuter. Et aussitôt que la femme est accouchée, il n'y a qu'à enlever les marche-pieds, fermer l'excavation, et couvrir toute l'avant-chaise d'un matelas, pour, en cas de perte, pouvoir y laisser pendant quelque tems reposer la femme, qui peut être foible, avant de la mettre dans un lit; et si l'on remplit encore l'excavation avec son panneau ou sa planche d'accomplissement et avec son matelas, la chaise peut servir, dans tous les cas, pour y reposer.

EXPLICATION DE LA XIme. TABLE.

Cette table représente, sous un triple point de vue, un nouvel instrument trigonométrique, appelé *cliséomètre* (§. 72.) : cet instrument, dont on peut se servir commodément, même dans un corps vivant, est plié de deux côtés, développé d'un autre côté, et renferme une pièce courbée. De même qu'on peut mesurer avec cet instrument, sans cette pièce, dans un bassin desséché, l'angle du grand plan incliné antérieur et supérieur (§. 37.) du bassin, de même aussi on peut mesurer l'angle du petit plan incliné du détroit inférieur (§. 43.) On se sert aussi, dans la même intention, de la pièce dans un sujet en vie, mais avec moins de commodité, parce que ordinairement la partie charnue du périnée présente quelques obstables pour la mettre en place. Au reste, tout cet instrument est représenté par une double perpendicule qui, tant par l'usage naturel que l'on en fait par-devant, que par un usage contraire, c'est-à-dire, en l'employant par-derrière et d'une manière contre-nature, fait voir l'inclinaison du détroit du bassin.

FIG. I.

Cette figure représente un cliséomètre vu du côté droit, dans lequel on observe les parties suivantes. *a b* la ligne

d'inclinaison qui est assemblée auprès de *c*, au moyen d'une vis *d*, et avec la pièce courbée que l'on peut voir (*fig.* 4.). *e* anneau entr'ouvert, et *f* anneau parfaitement fermé, qui servent tous deux à manier l'instrument. *g h* la lignehorizontale qui, près de *i*, roule sur sa charnière, et que l'on voit près de *k* avec sa vis particulière. *m n* la ligne perpendiculaire qui roule pareillement près de *o* sur sa charnière, et que l'on voit avec sa perpendicule *p*. On voit également le fil de la seconde perpendicule *q* qui est fixé par la petite coulisse *r*, ainsi qu'une portion de cercle *s*.

FIG. 2.

Vue de l'instrument plié du côté gauche, par lequel on remarque extérieurement les parties déjà observées, mais plus particulièrement encore les suivantes, savoir; la vis *t* sur laquelle se meut la ligne horizontale, comme la ligne perpendiculaire se meut sur celle *v*. *x* la petite coulisse qui affermit cette perpendicule (*fig.* 1, *lettre p.*) *y* la portion de cercle placée en bas, qui peut être affermie avec la vis (*fig.* 1, *lettre l*), près de son développement derrière le petit corps ouvert *z* qui sert également pour marquer les degrés.

FIG. 3.

Elle montre, par des caractères semblables, le développement de toutes les pièces de l'instrument lors de son application, seulement la ligne perpendiculaire n'est pas élevée tout-à-fait verticalement dans sa charnière; de cette manière, on prendra aisément les inclinaisons en avant, mais si l'on veut connoître le degré d'inclinaison en arrière, on n'a autre chose à faire qu'à retourner l'instrument; alors la ligne perpendiculaire est en bas dans une ligne droite, et la seconde perpendicule joue, tandis que la première est fixée au moyen de sa coulisse.

FIG. 4.

L'instrument représenté par cette figure sert à faciliter l'usage du précédent dans un sujet vivant, lorsqu'il se présente quelque obstable à son application. On enlève la dernière partie de la perpendicule droite, et on place en-dedans, tantôt à droite, tantôt à gauche, cette pièce courbée, pour mesurer de cette manière l'inclinaison en avant et en arrière. Nous nous occuperons plus au long de cet instrument, lorsque nous donnerons des préceptes pour le manuel de son application.

FIG. 5.

Un petit tire-vis qui se porte dans un étui, et que Schubart, mécanicien de l'Université de Marpourg, fait pour quatre écus d'Allemagne.

EXPLICATION DE LA XIIme. TABLE.

CETTE table représente deux instrumens, qui sont le baramacomètre (§. 382.) et le céphalomètre (§. 460.) Ces instrumens, dont on se servoit déjà à Cassel, et que l'on emploie aujourd'hui à Marpourg, sont plus particulièrement utiles pour les démonstrations publiques de la théorie-pratique de l'art des accouchemens. L'un sert à faire connoître le poids et la mesure de l'enfant; l'autre, à mesurer les dimensions des différens diamètres de la tête.

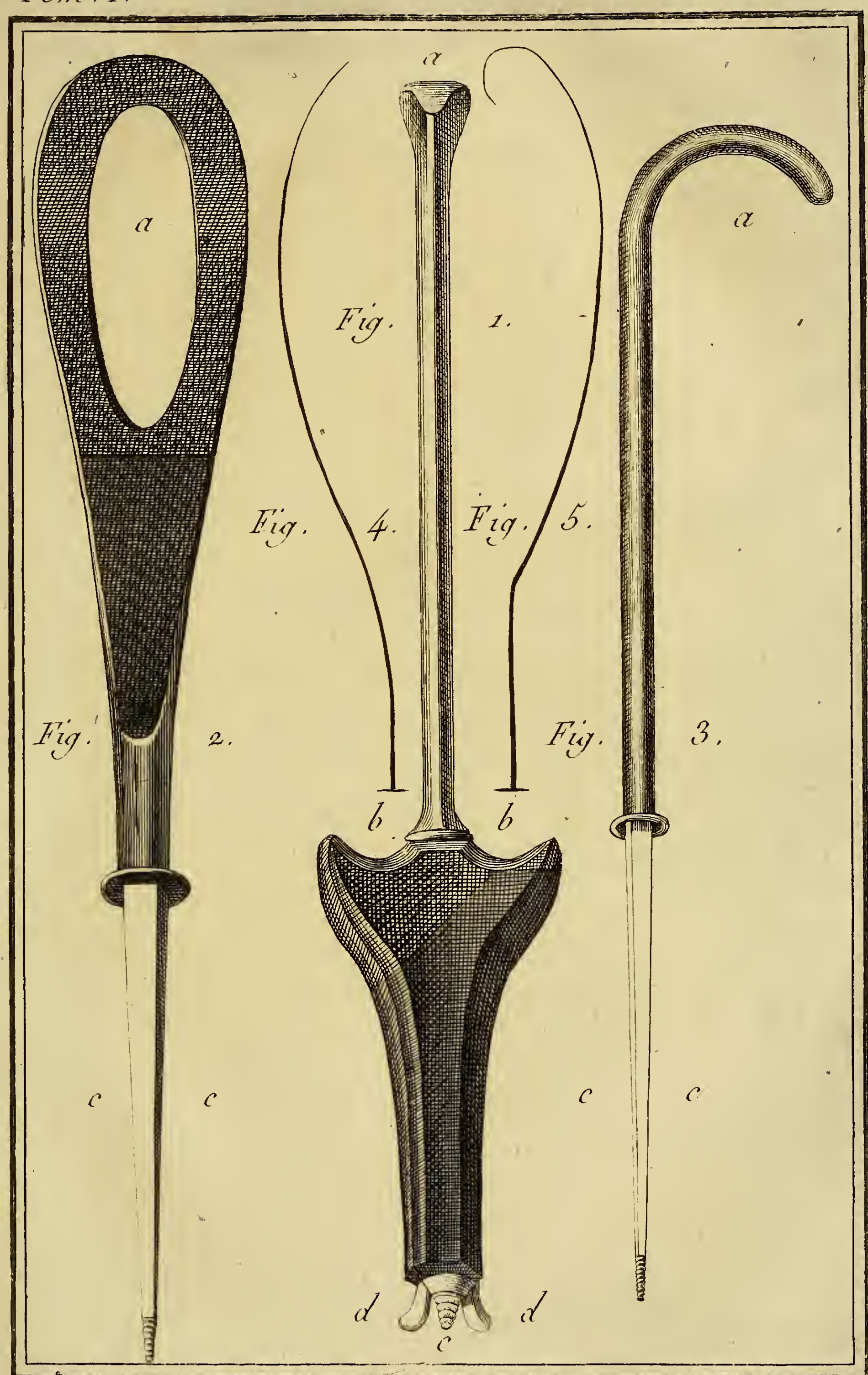
FIG. 1.

Le baramacomètre, qui consiste en un ressort d'acier, replié sur lui-même *a*; en une portion de cadran *b* de laiton, divisé en quinze points pour autant de livres; en une balance d'enfant, portative, élastique, dont le bassin est en toile cirée *c c*, et qui, au moyen du cadran ponctué, fait connoître la grandeur et le poids de l'enfant.

FIG. 2.

Le céphalomètre, qui est un compas courbé dans l'une des branches duquel traverse un cadran divisé en pouces et en lignes, pour mesurer les différentes dimensions des diamètres de la tête d'un enfant nouvellement né. Nous décrirons plus particulièrement ces instrumens dans nos leçons, en les faisant voir; à présent nous nous bornerons à dire, que l'artiste que nous avons nommé plus haut, fait le premier pour cinq écus, et le second, pour deux écus d'Allemagne.

Fin de l'Explication des Tables de la première Partie.



Allais. sculp.

TABLE DES CHAPITRES.

PARTIE THÉORIQUE.

SECTION III.

SECTION IV.

Fin de la Table de la première Partie.

L'ART D'ACCOUCHER.

TOME II.

L'ART D'ACCOUCHER,

PAR G. G. STEIN,

PROFESSEUR A L'UNIVERSITÉ DE MARPOURG;

TRADUIT DE L'ALLEMAND SUR LA 5e. ÉDITION,

PAR P. F. BRIOT,

Docteur en Chirurgie, ex-Chirurgien de première Classe aux Armées, Professeur d'Anatomie à Besançon, Correspondant de la Société de l'École de Médecine de Paris;

AVEC VINGT-QUATRE PLANCHES:

SUIVI

D'UNE DISSERTATION SUR LA FIÈVRE PUERPÉRALE,

PAR J. CHARLES GASC, Professeur en Médecine.

SECONDE PARTIE. *PRATIQUE.*

A PARIS,

Chez
- CROULLEBOIS, Libraire, rue des Mathurins, No. 398.
- BOSSANGE, MASSON ET BESSON, Imprimeurs-Libraires, rue de Tournon, No. 1133.
- GABON et Compagnie, Libraires, place de l'École de Médecine.

AN XII. — M. DCCCIV.

L'ART D'ACCOUCHER.

PARTIE PRATIQUE.

INTRODUCTION

Aux Accouchemens contre-nature et difficiles.

1. De même que la ligne droite, seule de son espèce, sert de base pour déterminer l'inclinaison des courbes, de même l'accouchement facile et naturel, seul aussi dans son genre, est la boussole qui guide dans les particularités que peuvent présenter toutes les autres espèces d'accouchemens.

2. L'accouchement naturel et facile est celui dans lequel la tête se présentant seule, et dans une bonne position, l'enfant vient au monde vivant et en peu de tems, par les seules forces de la nature, et presque sans le secours de l'art (*Théor.* 475 *et suiv.*). Une des conditions nécessaires à cet accouchement, est que le fœtus se présente dans une position telle que la partie antérieure de la tête soit tournée en arrière, et la postérieure en devant (*Théor.* 477, n°. 6). L'accouchement naturel facile (de même que la ligne droite, *parag. prem.*), est seul dans son genre, et n'admet aucun autre avec lui. (*Théor.* 476, 477, 478.)

3. Il est facile de conclure de là que l'on doit entendre par accouchement contre-nature, toute déviation de la seule règle naturelle.

4. On doit aussi donner le nom d'accouchement contre-

nature à celui dans lequel, 1°. au lieu de la tête, une autre partie du fœtus se présente; 2°. lorsque la tête se présente dans une mauvaise position; 3°. lorsque la tête, quoique bien située, n'est pas la seule partie qui se présente; 4°. lorsque la tête, abstraction faite de sa position, est trop volumineuse, relativement aux détroits du bassin; 5°. enfin, lorsque le bassin est mal conformé, et que ses détroits sont trop resserrés pour donner passage à une tête de grosseur naturelle, ce qui fait que l'accouchement ne peut s'effectuer que par le secours de l'art, ou est impossible par les voies naturelles.

5. Mais si l'accouchement parfaitement naturel forme dans son genre une seule espèce (§. 2.), il y a des accouchemens contre-nature de plusieurs genres et de plusieurs espèces.

6. En général, on peut dire qu'il y a autant d'espèces d'accouchemens, appelés proprement *contre-nature*, que le fœtus peut présenter de parties à l'orifice de la matrice, excepté la tête, dans une bonne position; puisque selon la différence des parties qui se présentent les premières, et selon la direction dans laquelle elles se présentent, le fœtus a dans la matrice une position qui répond à la direction de la partie qui sort: c'est en quoi consiste l'essence et la différence des accouchemens contre-nature.

7. Tous les accouchemens contre-nature, qui ne se font pas par la tête, ne peuvent s'effectuer que par les pieds; car il est bon de chercher, autant que possible, à prévenir le troisième genre d'accouchemens qui se termine par les fesses; parce que le fœtus ne peut traverser, ainsi replié, les voies naturelles ou artificielles, sans exposer à quelque danger la mère ou le fœtus, ou peut-être même les deux en même-tems. On peut en dire autant de l'accouchement par l'opération césarienne.

8. On divise les accouchemens contre-nature en deux classes principales: la première appartient aux accouchemens difficiles, qui se terminent par la tête; et la seconde,

aux accouchemens qui se font par les pieds. Ces deux classes renferment différens genres qui se divisent ensuite en espèces. (*Théor.* 482.)

9. Il est rare que l'on puisse terminer un accouchement difficile de la première classe sans instrumens ; mais une main habile et exercée suffit ordinairement pour opérer un accouchement contre-nature et difficile de la seconde classe. C'est pourquoi toutes les fonctions de l'accoucheur, dans les cas contre-nature et difficiles, se réduisent aux opérations manuelles et instrumentales.

10. Il résulte de là qu'il convient et qu'il est méthodique de parler d'abord des accouchemens qui se terminent par les pieds, et des opérations qui y ont rapport.

11. Et puisque les deux premières classes renferment différens genres, et ceux-ci différentes espèces (§. 8.), en les classant avec ordre, nous parviendrons plus facilement à former un système parfait, d'autant plus avantageux que, dans la théorie du renversement et de l'accouchement par les pieds, le point principal consiste à changer à propos un accouchement d'un genre et d'une espèce, en un accouchement d'un autre genre et d'une autre espèce.

12. Outre la classification systématique, on donnera de chaque classe une théorie générale qui servira de base à la pratique.

SECTION PREMIÈRE.

De la Théorie générale des Accouchemens contre-nature et difficiles qui se terminent par les pieds.

13. On appelle accouchement contre-nature et difficile par les pieds, cette opération de la main, par laquelle on extrait avec adresse et dextérité le fœtus par les pieds, la tête sortant la dernière. (*Tab.* 3, *fig.* 1.)

CHAPITRE PREMIER.

De l'Accouchement par les pieds, et de ses différences.

14. En général, l'accouchement par les pieds peut être parfait ou imparfait, facile ou difficile, et, de même que les autres accouchemens, heureux ou malheureux. Quelquefois il réclame le renversement (qui peut être également parfait ou imparfait); d'autres fois cette opération n'est pas nécessaire. Quoique l'accouchement par les pieds soit souvent facile, néanmoins on le nomme *contre-nature* (§. §. 2, 4, 7.), parce que les accouchemens, tant naturels que contre-nature, peuvent être tantôt faciles et tantôt difficiles (*Théor.* 474.), et la suite heureuse ou malheureuse.

15. Mais comme certains accouchemens contre-nature et difficiles par la tête, doivent, au moyen du renversement, être convertis en accouchemens par les pieds; et comme, outre les pieds, le fœtus peut présenter d'autres parties (§. §. 2, 4, 6.), il est nécessaire de bien connoître toutes les parties de la tête, du tronc et des membres du fœtus, et de savoir les distinguer et les reconnoître au tact.

CHAPITRE II.

De la connoissance et de la distinction des parties du Fœtus.

16. Connoître et distinguer parfaitement les parties du fœtus sont les choses les plus essentielles à savoir dans la pratique des accouchemens, tant pour pouvoir les recon-

noître, que pour opérer convenablement dans les cas contre-nature et difficiles.

17. Il ne suffit pas de connoître chaque partie du fœtus en particulier; mais il faut être tellement versé dans cette connoissance, que l'on soit en état de les distinguer les unes des autres. Il est aussi difficile de bien connoître et distinguer par le tact des membres resserrés dans un espace très-étroit, et dont on ne peut toucher qu'une très-petite surface, que cela seroit facile si on les exposoit à la vue dans un lieu libre.

18. Il faut aussi s'exercer, à la manière des aveugles, qui, sans le secours de la vue, apprennent à distinguer tous les objets par le tact, qu'ils ont souvent plus délicat que les personnes qui jouissent de tous leurs sens. D'ailleurs, la modestie et la décence exigent qu'un accoucheur soit aveugle, ou du moins qu'il ne fasse pas usage de ses yeux. Souvent aussi chez lui, le tact, l'imagination et les yeux de l'esprit doivent suppléer à la vue; mais malheureusement la plupart des sages-femmes sont ordinairement complètement aveugles.

19. Cette connoissance étant tellement importante, que d'elle dépend l'exercice heureux de l'art d'accoucher, on a lieu de s'étonner que l'anatomie extérieure du fœtus ait été entièrement laissée de côté par les anciens accoucheurs, et qu'elle soit négligée, plus qu'on ne peut se l'imaginer, par les modernes.

20. Crantz est le premier qui se soit occupé de cette matière, sur laquelle il a donné de très-bonnes choses dans son Traité élémentaire. Cet objet est assez important pour nous engager à suivre ses traces.

21. On distingue non-seulement entre elles les parties du fœtus par leur caractère spécial; mais on peut et on doit toujours, de la situation d'une partie, déduire celle des autres, et par conséquent connoître la position dans laquelle se trouve tout le fœtus. C'est ce qui prouve la nécessité et les avantages de la doctrine que nous avons

exposée (§. 15.), pour ne point errer dans les ténèbres, et agir au hasard.

22. Il y a deux manières de reconnoître les différentes parties du fœtus, et de déduire de leur position celle des autres parties tant voisines qu'éloignées, ainsi que celle de tout le fœtus, savoir, par le toucher externe et par l'interne (§. *précéd.*). Le premier n'est jamais aussi exact que le second, mais il fait connoître la position du fœtus en général. Le second s'exerce de deux manières, ou lorsque les eaux sont encore renfermées dans les membranes, ou lorsqu'elles en sont sorties. Si le toucher interne est le plus sûre, celui que l'on exerce après la sortie des eaux est aussi celui qui fait le mieux connoître l'état et la situation des parties.

23. En général, on reconnoît par le crâne que la tête se présente; le crâne est caractérisé par sa convexité, sa consistance osseuse, par le peu de parties charnues dont il est recouvert, parties qui ne consistent qu'en tégumens communs garnis de quelques cheveux : les sutures et les fontanelles annoncent aussi, d'une manière certaine, la présence de la tête; et leur direction, relativement au bassin, fait connoître la position générale du fœtus.

24. Dans les cas où la tête est défectueuse en plus ou en moins, le tact peut induire en erreur, jusqu'à ce que les parties voisines la rectifient.

25. La face est la première partie qui indique la présence de la tête, et elle donne à connoître, par ses différentes parties, c'est-à-dire, par les yeux, le nez, la bouche, le menton, les joues, les parties latérales antérieures des oreilles, quelle est la position de la tête, et quelles parties elle présente.

26. On reconnoît en particulier les yeux par la distance qui les sépare, par leur nombre, par leurs proéminences rondes et molles semblables à de petits globes, ainsi que par le contour osseux et aigu que forment les orbites.

27. On distingue le nez par son élévation longitudinale

mince et osseuse à l'une de ses extrémités, plus large à l'autre, en partie cartilagineuse et en partie charnue, et par les ouvertures des narines. Sa situation entre les yeux et la bouche confirme le pronostic.

28. La bouche est caractérisée, en dehors, par une fissure transversale ouverte, par la mollesse des lèvres; en dedans, par l'ourlet longitudinal aigu et dur formé par les gencives, par une grande cavité dans laquelle on sent la langue qui remue souvent. Lorsque ces phénomènes se présentent, il est assez inutile d'ajouter, pour complément de preuve, la situation de la bouche entre le nez et le menton.

29. On reconnoît le menton à son éminence presque ronde et osseuse; mais, pour plus grande sûreté, il faut encore faire attention à sa situation entre le col et la bouche.

30. Les joues se distinguent à leur substance charnue, et sur-tout à la proximité des parties précédentes et des oreilles.

31. On reconnoît les oreilles à la petite élévation inégale que forment leurs lobes sur la tête, et à la cavité extérieure qui est cartilagineuse.

32. De la direction particulière de ces parties, on peut tirer des inductions capables de faire connoître la position de la tête et de tout le fœtus; mais le gonflement qui s'en empare aisément les dérobe au tact, et en rend la reconnoissance plus difficile.

33. En général, on reconnoît le col par sa situation entre la tête et la partie supérieure du tronc, et par sa forme cylindrique : en particulier, on y distingue quatre côtés; l'antérieur, qui est situé entre le menton et la poitrine, se distingue du postérieur par la gorge; le côté postérieur, situé entre l'occiput et le dos, se distingue de l'antérieur par la nuque et par les éminences formées par les apophyses des vertèbres cervicales; les parties latérales du

col se manifestent par leur rondeur charnue, et par leur situation entre les oreilles et les épaules.

34. On reconnoît la partie supérieure du tronc aux quatre surfaces particulières que forme, en général, la boîte osseuse de la poitrine.

35. La surface antérieure de la poitrine est reconnoissable au peu de chair qui la recouvre, à sa dureté osseuse, à celle formée par le sternum, aux côtes qui se trouvent sur les côtés, ainsi que les clavicules à la partie supérieure, les mamelles de chaque côté, et le ventre au-dessous.

36. La surface postérieure de la poitrine, ou la partie supérieure du dos, se reconnoît aux apophyses épineuses des vertèbres, principalement à celles qui sont éminentes, aux côtes, et en particulier aux rebords circonscrits durs et aigus formés par les omoplates.

37. Les parties latérales de la poitrine se distinguent à la plus grande élévation des côtes, à leurs interstices charnus plus remarquables, et en particulier, à la proximité des autres parties de la poitrine. (§. §. 35, 36.).

38. On distingue le ventre de la poitrine par la tension différente des parties qui sont recouvertes de chair, et qui cèdent en quelque manière à la pression des doigts, sans faire beaucoup de résistance : en outre, la présence des côtes en dessus, du bassin en dessous, annonce encore celle du ventre ; mais la donnée la plus infaillible pour le reconnoître est l'ombilic, et le cordon auquel il donne naissance.

39. Les fesses, que les personnes inexpérimentées prennent quelquefois pour la tête, se manifestent en général par la dureté des chairs, qui ont, pour ainsi dire, une forme globuleuse, et par le sillon longitudinal qui se trouve dans le milieu, et sur le derrière duqu l on sent les dernières vertèbres du sacrum et du coxis. En outre, les parties génitales, situées au milieu des cuisses, concourent encore à faire connoître la présence du derrière, que l'anus et son sphincter, situés dans le sillon longi-

tudinal des fesses, près des parties génitales, rendent encore plus manifeste.

40. Les parties génitales, que l'on distingue aisément par rapport au sexe, se connoissent principalement à la région et à la proximité des parties où elles se trouvent, particulièrement par la dureté des os pubis et des cuisses qui se séparent latéralement. Il faut en même-tems faire attention à la direction des parties génitales, pour en déduire des conséquences sur la position des autres parties du fœtus. Il est aussi à remarquer que les parties de la génération se tuméfient facilement de manière à devenir méconnoissables. C'est pour cette raison qu'on ne doit toucher ces parties, ainsi que le cordon ombilical, la face, principalement les yeux, qu'avec la plus grande précaution.

41. Dans l'examen de ces parties, la prudence exige quelquefois que l'on tienne caché à la mère le sexe de son enfant.

42. Il est nécessaire de savoir bien distinguer entre elles les extrémités supérieures et les inférieures, c'est-à-dire, les bras et les jambes, afin de ne pas prendre l'une pour l'autre, ce que l'on ne feroit qu'à sa honte et au préjudice de la mère et de l'enfant: il est arrivé plus d'une fois que l'on a pris une jambe pour un bras, et que l'on a tiré l'un pour l'autre.

43. Les extrémités supérieures sont composées du bras et de l'avant-bras; les épaules et les aisselles font partie du premier, ainsi que la rondeur charnue longitudinale du bras lui-même; la main, le cubitus et le radius appartiennent au second.

44. Les épaules, qui forment la partie supérieure et ronde du bras, et dont la rotondité plus grosse et plus remarquable que celle du genou avec laquelle on la confond aisément, se font principalement connoître par leur rapport avec les parties voisines; en remarquant l'état des parties situées entre le col et le coude, on connoît

l'aisselle à sa cavité sous l'épaule et à la proximité de la poitrine.

45. Le poignet et les doigts annoncent la présence de la main : cependant on confond aisément les doigts des mains avec ceux des pieds; mais la longueur des premiers, leur situation inégale, et la plus grande séparation, principalement du pouce, les font facilement distinguer des seconds.

46. La courbure des bras, semblable à celle du genou, et leur rotondité, font souvent confondre ces parties; cependant, la rotondité des coudes est ordinairement beaucoup plus aiguë et plus inégale que celle des genoux, qui est en quelque sorte mobile. La proximité de ces parties, et la différence qui existe entre la main et le pied, suffisent pour les faire bientôt distinguer l'une de l'autre.

47. Les extrémités inférieures sont formées par les cuisses, les genoux, les jambes et les pieds.

48. Les cuisses se manifestent par la grosseur des chairs, par leur forme conique, et principalement par la connexion et la position entre la jambe et le tronc, vers le bassin, où l'on sent sur les côtés les parties génitales et l'anus.

49. On reconnoît les genoux en haut par les cuisses, en bas par les jambes, en devant par leur rotondité et par la mobilité de la rotule, en arrière par la courbure du jarret.

50. Les jambes se reconnoissent supérieurement par le genou, antérieurement par la crête du tibia, postérieurement par le mollet, et inférieurement par les malléoles et le pied.

51. On reconnoît le pied, par-devant, aux doigts et à l'angle qu'il forme avec la jambe, par-derrière, à l'os aigu du calcaneum, et sur les côtés, aux malléoles.

52. Outre ces parties du fœtus, d'autres appartenant à l'œuf peuvent aussi se rencontrer les premières à l'orifice de la matrice, telles que les membranes, le cordon ombilical, le placenta; c'est pourquoi on doit également les

savoir connoître et distinguer les unes des autres, tant pour ne pas les endommager que pour ce qui a rapport au baptême que les Catholiques Romains administrent dans le sein de la mère. (*Théor.* 282.)

53. Les membranes peuvent être entières ou rompues. Dans le premier cas, les eaux qu'elles renferment en plus ou moins grande quantité, et la force des douleurs qui les portent en avant, les font paroître tendues et élastiques, ou bien elles sont molles et un peu flasques. Dans le premier cas, on sent les membranes et on les distingue mieux du globe de la tête que dans le second. Quelquefois cependant, la vessie formée par les eaux est pendante et flasque, et elle se manifeste hors de l'orifice oblique de la matrice sous la forme d'une saucisse.

54. On reconnoît au tact le cordon ombilical, qui se manifeste sous la forme d'une corde ronde, molle, ordinairement doublée, souvent inégalement noueuse, dans laquelle on distingue quelquefois les pulsations des artères. Ainsi que les autres parties, il peut, dans certains cas, se tuméfier beaucoup (§. §. 32, 40.), et par-là même devenir méconnoissable. Quelquefois il entortille le col ou quelque membre; ou bien on le trouve sous forme de boyau plissé entre les mains ou les pieds; ou bien il forme de véritables nœuds. (*Théor.* 404.)

55. Outre que les pertes copieuses de sang par la matrice, qui ont précédé, qui se renouvellent périodiquement et qui accompagnent l'accouchement lui-même, annoncent la présence du placenta à l'orifice de la matrice, on sent encore un corps spongieux et charnu qui paroît presque continu avec le col de la matrice, et dont les inégalités le font paroître au doigt avoir la forme d'un petit chou-fleur, ce qui empêche quelquefois entièrement de sentir le fœtus : puis ensuite il y a des signes particuliers qui font connoître plus distinctement, avant et pendant l'accouchement, la rare mais dangereuse présence du placenta à l'orifice de la matrice.

56. Comme l'exacte connoissance des différentes parties, de leur position, de leur rapport, est sur-tout nécessaire pour pouvoir les distinguer (§. §. 16, 17.); et comme elle facilite beaucoup celle de toutes les parties qui peuvent se présenter en même-tems à l'orifice de la matrice; il est aussi nécessaire de savoir juger dans quelle direction se trouve le fœtus dans la matrice par la direction même des parties qui se présentent les premières à l'orifice de la matrice (§. 21.), si l'on veut connoître parfaitement son état et l'exercer avec succès.

CHAPITRE III.

Du diagnostique de la position du Fœtus, déduit de la position des parties qui se présentent.

57. Le toucher extérieur, en rendant manifeste la figure difforme du ventre (§. 22.), suffit quelquefois pour faire connoître la position contre-nature du fœtus; cependant, par le toucher interne nous parvenons plus sûrement à connoître, tant la mauvaise position du fœtus dans l'accouchement contre-nature, que la bonne dans l'accouchement naturel. (*Théor.* 198. *Prat.* §. 22.)

58. Dans l'accouchement par la tête, tant naturel et facile que contre-nature et difficile, on juge, par la direction des sutures et le rapport des fontanelles, relativement au bassin, de la bonne ou mauvaise position de la tête, et des particularités qui doivent en résulter dans l'accouchement. (*Théor.* §. 450 *et suiv. Prat.* §. 57.)

59. La même règle par rapport à la direction de la partie qui, au lieu de la tête, se présente à l'orifice de la matrice, a lieu dans les accouchemens contre-nature, difficiles et dangereux, et on en déduit la distinction des genres et des espèces.

60. L'accouchement peut être manifestement contre-

nature ou ne pas l'être (§. 59.). Dans l'accouchement, manifestement contre-nature, les pieds ou une autre partie du fœtus, excepté la tête, se présentent d'abord à l'orifice de la matrice. Dans celui qui n'est pas manifestement contre-nature, la tête se présente la première à l'orifice, mais dans une fausse position. Si d'autres parties que les pieds ou la tête, dans une mauvaise position, se présentent dans l'accouchement, il faut retourner l'enfant, c'est-à-dire, rendre sa position telle que les pieds sortent les premiers.

61. Pour retourner l'enfant, il faut atteindre les pieds; pour les atteindre, il faut les chercher, et pour les chercher, il faut savoir où ils sont, afin de ne point porter la main à faux, et ne pas croire, comme font quelques sages-femmes, que le fœtus n'a point de pieds.

62. Mais cela ne suffit pas; il faut encore savoir comment le fœtus doit être retourné, sans quoi on occasionneroit tout au moins d'inutiles douleurs par les fausses manœuvres qu'on exécuteroit; il faut aussi auparavant connoître quelle est la situation du fœtus dans la matrice, pour se servir de la main dont on peut retirer le plus d'avantages, pour ménager les parties de la mère et du fœtus, et terminer l'accouchement avec facilité et succès. Dans ce cas, c'est de la première manœuvre que dépend l'issue heureuse ou malheureuse de l'opération; et si l'on tire les pieds dans une mauvaise position, le procédé ne convient pas, et il faut opérer différemment.

63. Ou bien, un seul pied se présente à l'orifice, tandis que l'autre reste dans la matrice. Dans ce cas, il n'est pas nécessaire de retourner le fœtus; mais il faut savoir distinguer quel est le pied sorti, quel est celui qui reste dans la matrice, quelle est sa position, de quelle main on peut se servir plus commodément, comment il faut s'y prendre, dans quelle direction il faut tirer le pied, afin de bien remplir l'indication qui se présente. (§. *précéd.* *Tab.* 3, *fig.* 1.)

64. La position des parties qui se présentent à l'orifice de la matrice indique la position du fœtus et la main dont il faut se servir, d'après les règles de l'art, pour terminer plus promptement, plus facilement, et plus heureusement l'opération. (*Tab.* 3, *fig.* 1.)

65. Ces principes une fois posés, nous les expliquerons par des exemples qui nous fourniront des préceptes d'où on pourra déduire, sous forme de corollaire, des règles capables de diriger l'accoucheur dans l'art de retourner le fœtus.

66. Comme la tête est toujours directement à l'opposé des pieds, sa position répond naturellement à celle du reste du corps. (*Tab.* 1, *fig.* 1, *et Tab.* 2, *fig.* 1.)

67. On reconnoît la position de la tête par la direction des sutures comparées aux diamètres du bassin, et par la situation des fontanelles à l'égard du bassin lui-même.

68. Si la suture sagitale (*Théor.* 453) correspond au petit diamètre du bassin (*Théor.* §. §. 42, 459.), et si la pointe de la fontanelle antérieure (*Théor.* §. 453.) est tournée vers le sacrum, la face se trouve dans la position naturelle, c'est-à-dire, tournée en arrière.

69. Si la suture sagitale est dans la même direction que le petit diamètre du bassin, et si la pointe de la fontanelle antérieure est située sous l'arc du pubis, la face est dans une position contre-nature, c'est-à-dire, qu'elle est tournée en devant.

70. Si la suture sagitale est précisément dans la direction du grand diamètre du bassin (*Théor.* §. 42.), et si la pointe de la fontanelle antérieure répond à l'un ou à l'autre des côtés du bassin, la face est mal située, c'est-à-dire, qu'elle est tournée du même côté.

71. Dans tous ces cas, la fontanelle postérieure (*Théor.* 453.) est dans une direction directement opposée à la fontanelle antérieure, comme cela a lieu dans tous les autres.

72. Dans ces cas (§. §. 68, 69, 70.), il faut bien observer la structure naturelle de la tête, et principalement

l'angle aigu de la fontanelle antérieure, pour ne pas se tromper ; car c'est cet angle qui conduit à la partie antérieure de la tête, par conséquent à la face.

73. Ou bien, comme dans les cas précédens (§. §. 68, 69, 70.), la fontanelle postérieure est directement opposée à l'antérieure (§. 71.), et elle peut servir de guide lorsque nous ne pouvons pas atteindre à l'autre.

74. C'est-à-dire, lorsqu'il n'est pas possible de parvenir à la fontanelle antérieure, on trouve plutôt ou plus facilement la fontanelle postérieure qui est opposée (§. 71), *et vice versâ.*

75. C'est pourquoi la direction de la fontanelle postérieure, par rapport au bassin, doit alors servir également à indiquer la situation et la direction de la tête.

76. On peut quelquefois reconnoître les sutures et les fontanelles par leurs caractères propres avant l'écoulement des eaux; mais à peine la tête est-elle parvenue au couronnement dans le petit bassin, que les os se chevauchent et la peau se fronce, ensuite il se forme des plis qui conservent la direction des sutures (*Théor.* §. 618.), et servent à les faire reconnoître.

77. C'est-à-dire, que l'on trouve, dans le principe, un pli cutané longitudinal, qui affecte la direction de la suture sagitale. On distingue la fontanelle antérieure par quatre différens angles auxquels concourent les sutures par le moyen d'une fissure qui a la forme d'une croix : la fontanelle postérieure se manifeste par l'union de la suture sagitale avec l'occipitale, et par une fissure qui a presque la figure d'une Y, et forme ainsi un seul angle obtus.

78. L'avantage de ces plis cutanés est de contribuer au gonflement consécutif de la tête, sans qu'il survienne une tension extraordinaire aux tégumens.

79. Il faut avoir la même attention en touchant la fontanelle antérieure (§. 72.) qu'en touchant la postérieure, et remarquer principalement la direction droite, inverse

ou transversale de l'Y dont nous avons parlé, ou de l'angle obtus de la même fontanelle postérieure, pour juger avec certitude de la situation de la tête et de la direction de la face.

80. Cependant les plis de la peau, sous lesquels se trouvent et se distinguent très-clairement à cette époque (§. §. 76, 77.) les sutures et les fontanelles, pour peu que la tête soit arrêtée en chemin, dégénèrent en un véritable gonflement (*Théor.* §.619.) qui dérobe les sutures et les fontanelles, et rend difficile à connoître la véritable situation de la tête, de même que, dans d'autres cas, une semblable tumeur fait prendre quelques parties du fœtus pour d'autres. (§. §. 32, 40.)

81. C'est à tort que quelques écrivains attribuent à cette tumeur de la tête (§. §. 78, 80.) l'avantage de contribuer à dilater les voies par lesquelles l'enfant doit passer, et de les disposer au passage de la tête, tandis qu'elle a un effet diamétralement opposé.

82. Quelquefois la division presque contre-nature de l'occipital, par une suture longitudinale particulière, peut induire en erreur et être prise pour la fontanelle antérieure; ce qui fait qu'il y a alors deux angles aigus au lieu de l'angle obtus que forme la suture occipitale, sans cependant que cet intervalle membraneux soit aussi grand qu'il l'est à la fontanelle antérieure.

83. Il est plus facile d'être induit en erreur lorsqu'il se trouve dans le voisinage de quelque os vormien; quoique alors la quatrième suture, qui devoit contribuer à former la fontanelle antérieure, manque, ou elle a une direction transversale si elle existe.

84. Mais ce qui peut plus facilement tromper, c'est la troisième fontanelle contre-nature, et pour ainsi dire, superflue, qui se trouve dans quelques cas rares, parce que l'ossification n'a pas lieu dans le milieu, entre la fontanelle antérieure et la postérieure; on peut la prendre pour la fontanelle antérieure, si le défaut de la suture coronale des

des deux côtés ne suffit pas pour les faire distinguer de la même fontanelle antérieure à laquelle elle ne peut ressembler, à moins qu'elle ne soit également formée par le concours de quatre sutures. (§. 77.)

85. De même, d'autres endroits du crâne, qui ne sont pas ossifiés et qui restent membraneux, par exemple, les os pariétaux, qui, après l'accouchement, donnent souvent lieu aux hernies du cerveau, peuvent encore tromper l'accoucheur, et lui faire porter un faux jugement sur la direction de la tête.

86. On peut en dire autant de l'hydrocéphale, relativement aux sutures qui sont alors plus larges et plus ouvertes, de manière que la suture frontale, entre autres, est extraordinairement dilatée jusque près du nez : dans ce cas, pour distinguer l'existence de l'hydrocéphale, on observera que cette suture ne se termine pas à angle aigu, mais qu'elle forme près du nez un petit sinus rond à l'extrémité de chacun des os frontaux.

87. La situation de la tête, en général, et de la face, en particulier, est dans une direction qui répond à celle du reste du corps (§. 66.); par conséquent la poitrine, le ventre et les pieds doivent être tournés du même côté que la face. (*Tab.* I, *fig.* I.)

88. Si la face conduit à la poitrine, la poitrine au bas-ventre, le bas-ventre aux cuisses et aux pieds (§. §. 66, 87.), il faut que les pieds se trouvent sur le ventre, par conséquent à l'opposé du dos; c'est pourquoi les pieds ne se trouvent pas ordinairement le long du dos, ou du moins ils ne doivent s'y porter que dans les cas contre-nature.

89. Il est facile de comprendre par-là que, dans le cas de position transversale de la tête, et latérale de la face, il n'est pas indifférent de se servir d'une main ou de l'autre pour retourner le fœtus.

90. Si le fœtus présente un pied, et si ce pied est tourné de manière que les doigts répondent aux os pubis, et le talon à l'os sacrum, et si le gros orteil est tourné du côté

gauche de la mère, non-seulement le fœtus regarde en haut, et son ventre répond à celui de la mère (§. 66.); mais le pied qui se présente est le droit, et le gauche est caché, ou du moins la cuisse qui y répond ne peut être que du côté gauche.

91. Si le pied qui se présente, lors de l'accouchement (lors même qu'une main se montreroit en même-tems), est tourné de manière que les doigts répondent au côté gauche de la mère, que le gros soit vers le sacrum, et le petit vers le pubis, cette position indique que le fœtus a le corps tourné en haut ou latéralement, et que la poitrine, ainsi que la tête, sont en rapport avec les pieds du côté de la paroi droite de la matrice; le pied qui se présente est le gauche; et le droit, qui reste caché, est situé vers la partie postérieure de la matrice.

92. On peut conclure de là, qu'il est facile de connoître toutes les autres positions des pieds, d'après la situation du corps et de la tête. (§. 66.)

93. Les pieds sont ordinairement étendus sur le ventre, par conséquent à l'opposé du dos (§. 88.). C'est pourquoi, quand le fœtus se présente en double ou par les fesses, en touchant les parties génitales, on doit, d'après la direction qu'elles affectent, reconnoître de quel côté est tourné le ventre; car il n'est pas possible que les pieds se trouvent situés vers le dos dans cette position du fœtus. (§. 88, *Tab.* 2, *fig.* 1.)

94. Ainsi, en voulant chercher les pieds, ordinairement il n'est pas besoin de porter la main près de la tête. C'est pourquoi si le fœtus présente le col, ou en général la partie supérieure du corps (§. §. 33, 34.), il faut chercher les pieds sur le ventre, où ils ont coutume de se rencontrer.

95. La main conduit au bras, le bras à l'épaule, l'épaule à la partie supérieure du tronc, dont les pieds sont ordinairement éloignés. C'est pourquoi, lorsque le fœtus présente d'abord un bras, la tête est ordinairement voi-

sine, et les pieds sont très-éloignés de l'orifice de la matrice. (*Tab.* 4, *fig.* 1.)

96. Lors donc que le fœtus présente un bras hors de l'orifice de la matrice (§. *préc.*), on doit connoître quel est ce bras, et, de sa direction (quand cependant il n'est pas contourné), déduire la situation de tout le fœtus, pour savoir dans quelle partie de la matrice il faut chercher et trouver les pieds; la tête étant toujours directement opposée aux pieds. (§. 56.)

97. Souvent un bras contourné tend de lui-même à reprendre son état naturel, lorsque le fœtus n'est pas mort, ou que le bras n'est pas entièrement lésé ou rompu.

98. En outre, la direction du pouce et du petit doigt, de la paume et du dos de la main, fait connoître si c'est le bras droit ou le gauche qui se présente, ainsi que la position du fœtus par rapport à la situation de la tête et des pieds. (§. §. 66, 69.)

99. Dans ces cas, le fœtus a ordinairement la face tournée en dessous, les extrémités pendantes en bas, ou dans une direction oblique ou transversale. Si cependant, dans le premier cas, la tête se trouve, par exemple, sur les os pubis, et si le bras sorti est placé de manière que le pouce soit tourné vers les os pubis et le petit doigt vers le sacrum, le dos de la main au côté gauche, et la paume au côté droit de la mère, la main qui se présente sera la gauche, parce que si c'étoit la droite, le dos et la paume devroient être dans une direction contraire. Dans ce cas, les pieds seront tournés vers la paroi postérieure de la matrice.

100. Dans le cas rare où la tête se trouve dans cette position, et où le bras gauche est également sorti, alors le pouce sera tourné vers le coxis, le petit doigt vers le pubis, la paume répondra au côté gauche, et le dos au côté droit de la mère; par conséquent les pieds se trouveront vers la partie antérieure de la matrice.

101. Quand le fœtus est couché obliquement ou en travers, par exemple, ayant la tête du côté gauche de la

matrice, les pouces et les petits doigts des deux mains sont certainement tournés sur les côtés, mais la paume et le dos de la main, tournés en avant ou en arrière, indiqueront si c'est la droite ou la gauche qui se présente. (*Tab.* 4, *fig.* 1.)

102. Et comme, par la direction inverse des doigts et des paumes des mains, on peut aisément reconnoître la quatrième des principales positions du fœtus, c'est-à-dire, celle dans laquelle la tête est située au côté droit de la matrice; de même la direction du pouce et du petit doigt fournira, en général, un indice de la situation opposée de la tête et des pieds. (§. 66.)

103. Cependant il est rare que l'accoucheur soit obligé de se servir de la main droite, excepté pour opérer du côté gauche de la matrice (§. §. 66, 94, 96.), *et vice versâ.* (*Tab.* 1, *fig.* 1.)

104. La paume de la main de l'accoucheur doit ordinairement parcourir le long de la partie interne du pied du fœtus pour trouver plus sûrement le ventre, et sur lui, le pied encore caché (§. §. 63, 90.), et pouvoir le tirer facilement dehors.

105. Dans le cas de sortie d'un bras, il faut également parcourir avec la paume de la main le long de la paume de la main du fœtus, afin que le pouce de l'accoucheur soit tourné vers celui du fœtus (§. §. 85, 102.), quand cependant on n'a besoin d'aucun préparatif pour le retourner, parce que, dans ce cas, on doit procéder différemment, et même d'une manière opposée.

106. Au moyen de ces principes, les parties du fœtus qui se présentent, une fois reconnues, la connoissance de la position du fœtus déduite de leur direction; et ces règles, ainsi que d'autres que nous avons indiquées, mises en pratique, on aura opéré méthodiquement le renversement du fœtus (§. §. 21, 56.). De cette manière, on s'épargnera d'inutiles travaux, on n'occasionnera pas des douleurs superflues à la femme qui accouche (§. 62.),

on évitera l'inconvénient de rompre un bras ou une jambe, ou d'être obligé d'abandonner une opération pour en entreprendre quelque autre semblable, ainsi que tout autre accident désagréable et non indifférent.

CHAPITRE IV.

Des causes de la situation contre-nature du fœtus dans l'Accouchement.

107. COMME les parties du corps du fœtus affectent entre elles une certaine proportion qui leur est naturelle, on remarque aussi que cette proportion existe, du moins dans l'origine, entre les parties du foetus et celles de l'œuf, c'est-à-dire, par exemple, que le fœtus ne peut avoir la face tournée du même côté que le dos; aussi peut-on regarder comme certain que le placenta, dont naît le cordon ombilical pour se porter au ventre du fœtus, est originairement situé vis-à-vis son ventre.

108. La théorie de cette uniformité des parties du fœtus avec celles de l'œuf est tous les jours confirmée dans la pratique des accouchemens, soit que le fœtus conserve sa situation primitive, ou qu'il en change dans l'accouchement.

109. Dans le premier cas, le ventre, et avec lui la correspondance naturelle des parties du fœtus (§. 107.), même la poitrine et la face, sont tournés du côté où le placenta est en plus grande partie attaché. Dans le second cas, cela se passe tout différemment, et même d'une manière opposée.

110. La théorie de cette proportion est si juste, que tout accoucheur peut aisément s'en convaincre dans l'exercice de son art. La manière dont se présente le fœtus au commencement de l'accouchement, l'observation attentive du passage du placenta sur la fin, et la correspondance du trou fait aux membranes pour l'évacuation des eaux,

de même que le siége du placenta lui-même, sont autant de preuves irréfragables, tant pour un cas que pour l'autre.

111. Une autre circonstance instructive et convaincante qui a lieu dans tout accouchement par les pieds, c'est que, lorsque l'accoucheur opère d'après les principes, c'est-à-dire, en se servant de la main convenable, et en pénétrant du bon côté dans la matrice, il lui arrive très-souvent de trouver avec la main le placenta dans le premier cas (§. §. 107, 108.), mais bien rarement dans le second (§. §. 108, 109.). Il n'y a aucun doute que le créateur, en établissant ces lois naturelles, n'ait eu en vue un motif de sûreté relativement aux secours qu'on est quelquefois obligé de donner.

112. Cette correspondance, cette uniformité des parties du fœtus avec celle de l'œuf, sont tellement constantes, que, même lorsque le placenta est situé à l'orifice de la matrice, le fœtus est le plus souvent en travers dans l'accouchement, le ventre en devant et les extrémités pendantes en bas. On reconnoît encore la sage prévoyance du créateur par l'avantage signalé de ces lois naturelles, qui ont pour objet de rendre plus prompt et plus facile l'exercice de l'art dans les circonstances critiques.

113. Par conséquent, dans les deux cas rapportés (§. §. 108, 109.), on peut connoître la situation du placenta par celle du fœtus, et réciproquement la situation du placenta peut faire connoître celle du fœtus et de ses pieds. Ces connoissances sont d'une très-grande utilité dans la pratique des accouchemens.

114. D'après ces principes, on comprend la différence et la possibilité de la situation originairement bonne ou mauvaise du fœtus, de même que les raisons pour lesquelles, d'après cette différence, les différentes positions contre-nature du fœtus, dans l'accouchement, doivent avoir lieu, soit que le fœtus ait été retourné ou non.

115. Quand le fœtus n'a pas changé sa bonne ou mau-

vaise position originaire en celle qui convient pour l'accouchement naturel, c'est ce qui donne lieu à l'accouchement par les pieds ou en double.

116. Les causes éloignées des accouchemens par les pieds et des accouchemens en double, existent dans l'étroitesse de l'espace dans lequel le fœtus doit se retourner, comme, par exemple, dans le cas de jumeaux où les deux œufs se touchent par leur milieu plein et inégal, de manière que le tout paroît composé de deux moitiés d'œufs : par conséquent l'un ou l'autre des jumeaux, dans sa moitié aplatie, n'a pas assez d'espace pour prendre une position convenable à l'accouchement. Ces causes peuvent aussi reconnoître d'autres obstacles particuliers.

117. Ces obstacles sont, par exemple, un fœtus trop volumineux dans une trop petite quantité d'eau, et les circonvolutions originaires et arrivées dans les premiers tems de la grossesse du cordon ombilical autour du col du fœtus.

118. A la vérité, ces circonvolutions ne sont point originaires, et c'est improprement qu'on leur donne ce nom; ce n'est que lorsqu'elles se forment avant que le fœtus ait changé sa position originelle qu'elles peuvent mériter un tel nom, car le cordon peut bien, par son propre poids, se porter au bas de la tête sous forme d'anneau, et se mettre autour du col.

119. Autrement il paroîtroit singulier et très-remarquable de trouver des circonvolutions du cordon autour du col du fœtus dans les accouchemens par les pieds, et dans ceux en double.

120. Dans ces cas (§. *précéd.*), on observe presque aussi souvent que le cordon ombilical passe autour des jambes. Ce phénomène accidentel, et dépendant des causes que nous avons rapportées plus haut, disparoîtroit certainement dans l'accouchement, lorsque le fœtus auroit chan-

gé sa position originaire en celle qui convient à l'accouchement.

121. Dans les cas où ces espèces d'accouchement ont pour cause prochaine le renversement incomplet du fœtus, les autres accouchemens contre-nature, dépendans de ce qu'ils se présentent des parties qui n'ont pas coutume de se présenter, par suite d'une mauvaise position de la tête, ont lieu parce que le fœtus s'est retourné imparfaitement, ou qu'il ne s'est pas bien retourné.

122. Outre que les corps de baleine et les talons hauts que l'on porte dans la jeunesse sont d'autres causes éloignées de ces espèces d'accouchemens contre-nature, c'est que tout ce qui est capable de rendre difforme le bassin, les hanches, ou l'épine dorsale, peut aussi y contribuer, de même que les diverses obliquités de la matrice pendant la grossesse, auxquelles causes on peut joindre l'habitude que les femmes enceintes ont de se coucher constamment du même côté.

CHAPITRE V.

De l'obliquité de la matrice et de ses signes.

123. PARMI les causes des accouchemens contre-nature et difficiles, l'obliquité de la matrice, considérée tant en elle-même que relativement à ses effets sur le fœtus, est sans doute la plus fréquente.

124. Quoique Hyppocrate et Moschion aient donné les premières notions de l'obliquité de la matrice, néanmoins c'est Boeltern qui, le premier, a traité avec exactitude et connoissance cette matière.

125. Après Boeltern, cette doctrine fut presque tout-à-fait négligée jusqu'à Deventer, écrivain classique qui traita cette matière d'une manière nouvelle et en même-tems plus claire.

126. Depuis Deventer, Denis de Hoorn, et sur-tout

Levret, ont, mieux que tous les autres, traité la doctrine de l'obliquité, et fait connoître ses causes.

127. On a lieu d'être étonné que cette doctrine ait été révoquée en doute par quelques Anglois, et que, parmi les auteurs qui ont traité de la partie des accouchemens, Smellie n'en ait pas même fait mention.

128. On a déjà dit ailleurs ce qu'on entend par obliquité de la matrice, quelle est sa nature, quelles sont ses espèces, les causes qui y donnent lieu (*Théor.* §. 370 *et suiv.*); c'est pourquoi nous nous contenterons d'exposer ici simplement la théorie des signes de chaque espèce.

129. Les signes de l'obliquité de la matrice s'observant en partie pendant la grossesse, et principalement lors de l'accouchement, et lorsqu'il est terminé (*Théor.* §. 377.), et l'obliquité de la matrice de l'un ou de l'autre côté étant celle qui s'observe le plus communément, nous commencerons à traiter des signes de cette espèce.

130. Les signes de la première espèce, dans le tems de la grossesse (§. *précéd.*), sont les suivans : 1°. le ventre de la femme, qu'il soit volumineux ou petit, n'est pas si aigu en-devant, mais il est plus plat, quoique d'une manière inégale ; 2°. souvent le ventre est divisé en deux parties, division cependant très-différente de celle qui a lieu dans la grossesse de jumeaux (*Théor.* §. 191.), et de celle qui dépend de la distension extraordinaire de la vessie pour contenir l'urine ; 3°. on observe que l'un des côtés est presque dans l'état naturel, et que le côté opposé est plus dur et plus tuméfié ; 4°. la femme a senti cette dureté, et une légère douleur d'un seul côté du ventre, pendant toute la grossesse, sans que cette dureté ni cette douleur aient jamais changé de place, mais seulement elles ont augmenté de tems en tems ; 5°. la femme a senti le mouvement de l'enfant du côté le plus dur, plus fréquemment dans le principe, mais aussi plus foiblement ; puis après, elle en a ressenti très-peu, et les a éprouvées sur la fin, en grande partie, et plus fortes

dans le côté le plus mou ; 6°. la femme souffre dans la cuisse de ce côté (n°. 4.) beaucoup plus d'incommodités, et sur-tout un gonflement du pied plus grand que du côté opposé.

131. Les signes qui ont lieu dans le tems de l'accouchement (§. 129.), sont les suivans : 1°. le ventre ne s'est point autant abaissé, par conséquent l'orifice de la matrice est encore assez élevé (*Théor.* §. 242.), et on parvient difficilement à sentir la tête ; 2°. rarement on peut toucher l'orifice de la matrice dans toute sa circonférence, mais on peut ordinairement sentir une portion latérale de la lèvre, qui est souvent assez grosse ; 3°. l'eau se présente dans les membranes, non pas sous forme arrondie, mais allongée, et sous forme de saucisse (*Théor.* §. §. 423, 606.) ; 4°. les membranes se rompent ordinairement lentement, et les eaux s'échappent à la dérobée (*Théor.* §. 606.) ; 5°. les douleurs qui, depuis le commencement n'avoient pas produit un grand effet, cessent enfin entièrement ; 6°. d'un côté du bassin, il y a un espace vuide, contre l'ordinaire, dans lequel s'engage assez souvent le cordon ombilical ou un bras du fœtus.

132. Les signes qui font connoître l'obliquité de la matrice, même après l'accouchement (§. 129.), consistent : 1°. dans le siége particulier de la tumeur formée par la matrice, que l'on sent souvent dans le ventre ; 2°. dans le siége particulier de la tête du fœtus ; 3°. dans les particularités que l'on remarque aux secondines, et dont nous avons parlé (*Théor.* §. 361 *et suiv.*) ; 4°. dans les fréquentes douleurs consécutives qui en proviennent en partie.

133. Outre quelques-uns de ces signes qui sont communs à chacune des obliquités de la matrice, on distingue particulièrement celle qui a lieu en-devant par les circonstances suivantes : 1°. le ventre est plus pendant que de coutume sur les os pubis, et s'appuie presque jusque sur les cuisses ; 2°. l'ombilic se porte plus en dehors qu'à

l'ordinaire, et est situé beaucoup plus bas et plus près des os du bassin que dans les autres cas; 3°. la peau du ventre vers le mont de Vénus forme un pli profond immédiatement au-dessus du pubis; 4°. le ventre se porte en avant beaucoup plus qu'il ne devroit, est plus resserré sur les côtés, et vuide en haut; 5°. la mère sent les mouvemens de l'enfant presque hors du ventre; 6°. l'orifice de la matrice est très-élevé, et porte en arrière (*Théor.* §. 253.); 7°. on ne peut sentir de l'orifice de la matrice que son rebord antérieur sémilunaire; 8°. la tête du fœtus est encore en haut tournée vers le sacrum, et souvent sur le côté; 9°. le bassin est vuide en devant; 10°. l'axe du vagin fait un pli plus grand, sa partie postérieure est plus allongée, et l'antérieure plus raccourcie; 11°. la paroi antérieure du segment inférieur de la matrice distendue en forme d'un gros hémisphère pend en bas, presque comme un gros et flasque capuchon sur la tête du fœtus.

134. Cette espèce particulière d'obliquité de la matrice a encore ses signes propres pendant et après l'accouchement.

135. Doit-on regarder le relâchement et la ténuité des tégumens de l'abdomen comme une cause particulière de l'obliquité antérieure, puisque le soutien nécessaire à la matrice lui manque par-là; ou bien cet amincissement doit-il plutôt en être regardé comme l'effet? En s'en tenant aux raisons théoriques (*Théor.* §. 370 *et suiv.*) et pratiques (§. 129 *et suiv.*) que nous avons données, on est porté à adopter la seconde opinion, que confirme encore l'obliquité de la matrice que l'on voit quelquefois arriver chez les femmes qui sont enceintes pour la seconde fois.

136. Cependant le relâchement et l'amincissement des tégumens du bas-ventre, survenus à la suite d'une première grossesse, peuvent, dans les grossesses suivantes, être cause de cette même obliquité.

137. L'obliquité de la matrice en arrière arrive très-rarement, parce qu'elle ne peut pas avoir lieu dans les

personnes bien conformées : on la reconnoît aux caractères suivans. 1°. La femme est mal conformée. 2°. Le ventre n'est point abaissé ; c'est pourquoi la matrice est très-haute, ou du moins on trouve son orifice très-près des os pubis ; cependant on y parvient aisément, quoiqu'on n'en puisse toucher que la lèvre postérieure sémi-lunaire. 3°. La respiration et la digestion sont plus pénibles que de coutume. 4°. La tête est en grande partie sur les os du pubis, et s'oppose à la libre issue des urines. 5°. Au lieu de la fontanelle postérieure, on trouve près des os pubis la fontanelle antérieure. 6°. Il y a postérieurement un espace vuide dans le bassin. 7°. La paroi postérieure du vagin est extraordinairement courte. 8°. Le ventre ne fait pas une saillie si aiguë en-devant qu'à l'ordinaire ; mais elle forme presque un double promontoire dont le supérieur monte si haut que la femme ne sait où attacher ses jupes. Les intestins sont en partie en avant de la matrice.

138. Il est vrai que les différentes obliquités de la matrice dépendent du différent siége du placenta (*Théor.* §. 370.) Mais dans le cas rare où il est attaché à l'orifice interne, ces phénomènes n'ont pas lieu, le placenta perd sa forme sphérique, et l'insertion du cordon n'a pas lieu dans son milieu (*Théor.* §. 366.) Mais il survient en échange des accidens encore plus dangereux, qui peuvent servir d'indices avant, pendant et après l'accouchement.

139. Avant l'accouchement, c'est-à-dire, vers le milieu de la seconde moitié de la grossesse, la femme est nécessairement sujette à des pertes de sang qui se renouvellent périodiquement (*Théor.* §. §. 226, 366. *Prat.* §. 55.) Ces pertes deviennent toujours plus fortes, jusqu'à ce qu'elles nécessitent enfin la terminaison artificielle et anticipée de l'accouchement. Dans ces cas, on doit procéder d'autant plus promptement à l'accouchement, que le placenta se trouve plus près de l'orifice de la matrice.

140. Dans l'accouchement, on distingue cette circons-

tance rare par les signes suivans : 1°. Le ventre est ordinairement plus plein sur les côtés, et est par-là même plus large et plus dur que de coutume ; en-devant, au contraire, il est plus plat qu'élevé et aigu, quoiqu'il paroisse également dur au toucher. 2°. Les douleurs ne sont que légères ; de plus elles sont fausses, et ne sont point proportionnées à la perte. 3°. Quelquefois le sang paroît s'arrêter, mais ce n'est que pour peu de tems ; il reparoît bientôt en plus grande quantité, et est en partie fluide, et en partie coagulé. 4°. Le vagin est plein de caillots de sang qui empêchent de toucher facilement l'orifice de la matrice. 5°. En enlevant le sang coagulé, on trouve bien l'orifice de la matrice ; mais alors la perte se renouvelle. 6°. Dans l'orifice même, qui est assez gros, on sent un corps charnu un peu plus dur que le sang qui est, comme lui, uni au col de la matrice ; et, par le tact, on reconnoît qu'il ressemble, par ses inégalités, à un chou-fleur (§. 55.) 7°. Le sang sort en plus grande quantité lors des douleurs, ce qui fait distinguer cette perte de toutes les autres pertes utérines.

141. Après l'accouchement, on a encore des signes certains que le placenta a son siége à l'orifice interne de la matrice : ces signes sont la rupture spontanée ou faite artificiellement des membranes à la circonférence, laquelle ne correspond pas à l'insertion centrale ou excentrale du bassin ; et, dans ce cas, les membranes ne se renversent point comme elles ont coutume de faire dans les autres espèces d'accouchemens.

142. Comme le fœtus ne peut avoir qu'une situation oblique dans une matrice située obliquement (§. 123.), cela explique facilement la double difficulté que l'on doit avoir dans ce cas pour terminer l'accouchement.

143. Il est à remarquer que l'obliquité latérale de la matrice étant, en général, la plus fréquente, celle dans laquelle le fond de la matrice est incliné du côté droit de la mère est la plus fréquente de toutes, ce qui n'a pas lieu sans raison.

144. L'obliquité parfaite de la matrice se change ordinairement pendant l'accouchement même, par les seules forces de la nature, en une obliquité imparfaite (*Théor.* §. 376.) : aussi, outre les procédés nécessaires, la situation que l'on donne à la femme contribue-t-elle en grande partie à changer cette obliquité

CHAPITRE VI.

Des différentes positions à donner à la femme dans les Accouchemens contre-nature et difficiles.

145. En général, une femme qui accouche naturellement peut accoucher sur ses pieds, sur ses genoux, couchée ou assise (*Théor.* §. 606.) En effet, il n'y a aucune de ces positions qui ne soit en usage, ou qui ne se soit introduite chez quelque nation.

146. Mais puisque, d'après les principes exposés (*Théor.* §. 636 *et suiv.*), la raison nous apprend que dans les accouchemens les plus naturels, et par conséquent les plus fréquens, une position générale n'est pas également avantageuse, et encore moins une fixe, c'est-à-dire, une seule et même position gardée depuis le commencement du travail jusqu'à la fin, il en résulte que la même chose a lieu, et avec plus de raison encore, dans les accouchemens contre-nature.

147. C'est pourquoi différentes positions peuvent ne pas convenir au commencement de l'accouchement et être très-favorables sur la fin, *et vice versâ.*

148. Et puisque, dans l'accouchement, le bon emploi des forces est de la plus grande importance, il en résulte qu'une chaise à accouchemens bien faite (*Théor.* §. 645.) est de beaucoup préférable à tous les lits, dont la plus grande partie est sujette à beaucoup d'inconvéniens, tant par rapport à l'accoucheur que par rapport à la femme.

149. Par conséquent une chaise à accouchemens à laquelle, dans le besoin, on pourroit donner la forme d'un lit, n'auroit aucun de ces inconvéniens, et mériteroit la préférence sur toutes celles connues jusqu'à présent, sous le rapport de sa commodité et de ses avantages dans l'accouchement.

150. Comme la position de la femme qui accouche, assise perpendiculairement sur une chaise, telle qu'elle est généralement en usage en Allemagne, n'est pas toujours bonne (§. 146.), et qu'elle l'est beaucoup moins encore dans les accouchemens contre-nature; de même aussi la position de la femme couchée sur le dos dans un lit, que préfèrent les François, ne peut pas convenir dans les différens cas : on peut en dire autant de celle adoptée par les Anglois, dans laquelle la femme est couchée sur le côté, qui ne peut être de quelque avantage que dans le cas d'obliquité latérale de la matrice.

151. Le secours pratique que, dans les accouchemens contre-nature, on peut obtenir d'un changement de position de la femme, est fondé sur la théorie suivante, savoir : Autant l'extrémité supérieure de l'axe de la matrice s'écarte d'un côté de l'axe du bassin, autant aussi l'extrémité inférieure s'en éloigne du côté opposé. (*Théor.* §. §. 253. 643.)

152. La position équilatérale ou antilatérale, c'est-à-dire, sur le même côté ou sur le côté opposé, qui convient dans le temps de la grossesse, convient, en général, également dans les cas d'obliquité de la matrice.

153. C'est pourquoi on fait tenir la femme sur le côté droit quand la matrice oblique à gauche, *et vice versâ*. Dans ce cas, on entend parler de l'obliquité de la matrice prise de son fond.

154. Ou bien on place la femme sur le côté même de l'inclinaison de la matrice, et, dans l'accouchement par la tête, elle attend les douleurs dans cette position. Dans

ce cas, par obliquité de la matrice, on entend celle qui est prise de son orifice.

155. La situation équilatérale ou antilatérale (§. 152.), ce qui signifie la même chose (§. §. 153. 154.), réussira de même très-bien dans le cas d'obliquité antérieure ou postérieure de la matrice.

156. C'est-à-dire, lorsque le fond de la matrice tombe beaucoup en devant, il convient alors de mettre, au commencement de l'accouchement, la femme couchée sur le dos, et de la baisser beaucoup en arrière.

157. Lorsque la matrice est inclinée obliquement en arrière par son fond, ce qui a lieu plus rarement, il faut que le corps de la femme soit penché en avant; alors on la met sur les pieds et sur les mains.

158. Cette position, qui pourra paroître extraordinaire à plusieurs praticiens, peut quelquefois être très-avantageuse, et favoriser beaucoup la recherche des pieds, même dans le cas où le ventre se porte trop en devant, ou lorsque le fœtus a le visage tourné en-devant sous les os pubis.

159. Dans la position de la femme sur les mains et sur les genoux qui réussit parfaitement non-seulement dans quelques mauvaises situations de la tête, mais même dans certains cas où le fond de la matrice tombe en-devant, et lorsqu'il faut retourner le fœtus (§. *précéd.*), il est bon d'avertir qu'il faut toujours toucher la femme par derrière, tant que les circonstances exigent de lui faire garder cette position.

160. Pour les mêmes raisons (*Théor.* §. 253. 636. *Prat.* §. 151.), dans la position latérale ou antérieure de la matrice, il est souvent impossible de saisir les pieds lorsqu'on ne donne pas à la femme une position adaptée à son état (§. 152.)

161. Enfin, pour les femmes qui sont foibles, une bonne position latérale peut être plus favorable, toutes les fois qu'on est obligé de retourner le fœtus, qu'une position

position en avant sur les mains et sur les pieds, tant dans le cas d'obliquité latérale que dans celui d'obliquité antérieure : seulement, dans ce cas, il faut toucher la femme de côté, et, pour cela, l'accoucheur doit être tantôt devant et tantôt derrière l'accouchée.

162. Ces nouvelles positions ont quelque rapport avec celles que les anciens donnoient dans ces cas, avec cette différence cependant, que les nôtres sont plus raisonnables, et manquent plus rarement leur effet.

163. Outre les quatre principales espèces d'obliquité dont nous avons parlé (§. 129 *et suiv.*), on en compte encore autant d'intermédiaires qui se présentent souvent.

164. Ces espèces intermédiaires doivent être traitées superficiellement, et les autres principales plus en grand.

165. A l'égard des secours à donner, c'est-à-dire, du procédé à employer dans ces cas, on en parlera en tems et lieu.

166. Pour retourner le fœtus dans le cas où il en est besoin, il faut placer la femme dans une position fixe, que l'on appelle position convenable pour retourner le fœtus. Dans les cas les plus ordinaires, cette position est la même que celle que l'on doit donner à la femme lorsqu'on doit se servir de quelque instrument.

167. On place la femme en long sur les pieds d'un lit fait à la françoise, ou en travers sur le bord d'un lit allemand, de manière qu'elle ait le ventre dans une position horizontale, et que la partie supérieure du tronc, surtout la tête, et même le bassin, si cela est possible, soient un peu élevés. Le corps ainsi posé, on élève un peu les cuisses, et on plie peu-à-peu sur elles les jambes à angle droit. Les pieds doivent appuyer sur quelque chose de ferme, ainsi que les genoux. Le sacrum doit poser sur un corps solide, et le périnée être libre et exempt de toute pression.

168. Et puisque, dans cette position, nous avons besoin de quelque assistant pour tenir les pieds et le corps

dans une position fixe, il y en aura deux, dont un de chaque côté, qui sera assis sur une petite chaise à côté de la femme, dont il tiendra solidement, avec une main, les pieds appuyés sur ses cuisses, tandis qu'il fixera le genou avec l'autre. Un troisième assistant sera derrière la femme, qu'il tiendra par les épaules, pour qu'elle ne puisse pas se porter en haut et en arrière, et il aura soin que la tête soit dans une position convenable.

169. Ou bien on placera la femme dans une chaise à accouchemens commode, et on lui donnera la position convenable au quatrième tems de l'accouchement; ce qui se trouve fait presque d'un seul tems.

170. On ne doit pas tenir si abaissée la partie supérieure du corps des personnes sujettes à une difficulté de respirer.

CHAPITRE VII.

Du Renversement en général, de ses indications et contre-indications.

171. Le renversement du fœtus est cet accouchement artificiel par lequel on extrait le fœtus, au moyen d'un procédé convenable, non pas comme il se présentoit, c'est-à-dire, par la tête ou par d'autres parties, mais bien par les pieds, la tête restant la dernière.

172. Ainsi retourner le fœtus, veut dire aller prendre avec une main les pieds du fœtus mal situé dans la matrice pour l'en extraire.

173. On distingue le renversement du fœtus de l'accouchement par les pieds, en ce que, dans celui-ci, les pieds se présentent d'eux-mêmes, tandis que, dans le premier, il faut aller les chercher.

174. Quelquefois ces mots, retourner le fœtus, sont pris dans leur propre signification, et quelquefois dans

une signification impropre, selon que l'on a eu besoin ou non de préparer l'accouchement par les pieds.

175. La préparation au renversement, ou le renversement proprement dit du fœtus, n'est autre chose qu'un changement convenable par lequel on place le fœtus dans une position dans laquelle on parvient aisément à saisir les pieds pour l'extraire.

176. C'est pourquoi les modernes retournent le fœtus tantôt en haut, tantôt en bas, selon la position dans laquelle il est, et certaines autres circonstances.

177. Le renversement peut être parfait ou imparfait, selon que le fœtus, à raison de sa position, est obligé de décrire une portion plus ou moins grande de demi-cercle.

178. Hyppocrate n'a jamais parlé que du renversement qui consiste à placer le fœtus ayant la tête en bas, et la plupart de nos accoucheuses, attachées comme elles le sont en général aux anciens préjugés, suivent en cela la doctrine d'Hyppocrate.

179. Avant Celse, personne n'avoit parlé du renversement, qui est resté, pour ainsi dire, inconnu jusqu'au seizième siècle, tems auquel Ambroise Paré, et après lui Guillemeau, l'ont décrit très au long, sans l'avoir peut-être jamais pratiqué ; de manière que les opinions sur le renversement, et l'accouchement par les pieds en général, furent divisées jusqu'au tems de Mauriceau.

180. A mesure que la doctrine du renversement se perfectionna, on en reconnut mieux les avantages, de manière que nous pouvons le pratiquer à présent sans employer les crochets, comme faisoient les anciens, et sans démembrer le fœtus dans le sein maternel.

181. Parmi les améliorations que l'on a apportées à l'art de retourner le fœtus, on compte, 1°. la détermination exacte des indications et contre-indications ; 2°. le perfectionnement des règles adaptées à chaque cas ; et 3°. enfin, les moyens artificiels ou les instrumens qui

facilitent le renversement, comme les lacs, les conducteurs, etc. de différens auteurs.

182. Quelque grand et quelque avantageux que soit le mérite de cette ancienne découverte dans l'art des accouchemens, on ne peut nier cependant qu'il seroit plus grand encore si l'invention du forceps de Levret ne le surpassoit.

183. La théorie apprend et la pratique confirme, que l'accouchement par les pieds, après le renversement du fœtus, est toujours plus dangereux pour la vie du fœtus, que lorsqu'il se fai d'une manière plus naturelle, c'est-à-dire, la tête se présentant la première, quoique un peu difficilement, et sans le secours de l'art.

184. Les différens accouchemens par la tête, quoique contre-nature par eux-mêmes, ne doivent plus l'être par le moyen du renversement; l'accouchement par la tête ayant de grands avantages sur celui par les pieds.

185. C'est de là que vient le conseil salutaire de ne jamais changer sans nécessité un accouchement par la tête, en un accouchement par les pieds.

186. On n'aura pas recours légèrement à ce changement, qui n'est nullement favorable, quand on connoîtra bien les véritables indications de l'un et de l'autre procédé, et les règles fondamentales que l'on doit suivre.

187. En général, on saisit d'autant mieux les indications à remplir, qu'il est plus difficile de les confondre; car les indications d'une opération sont toujours les contre-indications d'une autre, *et vice versâ.*

188. Il est rarement indifférent de prendre le change sur ces indications, et d'employer un procédé pour un autre; le plus souvent le résultat de pareille méprise est funeste. On en trouve des exemples malheureux capables de donner des nausées et des frissons, chez différens auteurs qui ont écrit sur les accouchemens.

189. Le renversement ou l'accouchement par les pieds par le moyen du renversement est, en général, indiqué

dans tout accouchement contre-nature où, excepté la tête et les pieds, toute autre partie du fœtus se présente à l'orifice de la matrice. (*Tab.* 4, *fig.* 1.)

190. C'est pourquoi ces indications sont d'autant plus multipliées que les membres et les régions externes du corps du fœtus, excepté la tête, sont différens.

191. Quelque partie du fœtus qui se présente après l'issue des eaux, jamais le renversement du fœtus n'est aussi indiqué que lorsqu'il présente une partie non habituée avant la rupture des membranes, pourvu que, dans les deux cas, le bassin manifestement très-difforme, ne soit pas une contre-indication essentielle au renversement.

192. Le renversement est encore indiqué dans les cas où la tête se présente obliquement, ou dans une mauvaise position; principalement lorsqu'elle est encore très-élevée, et qu'elle se trouve dans une de ces mauvaises positions au-dessus du détroit supérieur.

193. On peut en dire autant à l'égard de l'indication au renversement, quand, dans ces circonstances (§. *préc.*) c'est-à-dire, lorsque les eaux étant écoulées, la tête se présente, la face tournée vers l'une des quatre régions principales du bassin.

194. En outre, quand dans de semblables circonstances (§. §. 190, 191.), la tête se présente ayant la face tournée sous les os pubis, on doit également retourner le fœtus, à cause de la difficulté que la tête a à franchir le dernier passage, de même que lorsqu'elle est tournée en travers, à cause du passage des épaules, comme le vouloit Levret.

195. Le renversement est également indiqué quand, avec la tête bien ou mal située, il se présente en même tems à l'orifice de la matrice d'autres parties, comme, par exemple, le cordon ombilical, une main, etc., et que la tête est encore élevée dans le bassin. (*Tab.* 1. *fig.* 1.)

196. Lors donc que plusieurs parties, excepté les pieds, se présentent en même tems à l'orifice de la matrice, il faut toujours retourner le fœtus, et effectuer l'accouchement par les pieds, pour éviter les difficultés qui peuvent survenir dans le cours de l'accouchement.

197. Le principal talent de l'accoucheur consiste à connoître à tems la mauvaise position du fœtus, parce qu'en général les indications de le retourner sont plus évidentes avant ou peu après l'écoulement des eaux, et lorsqu'il n'est pas encore descendu très-avant dans la cavité du bassin dans cette mauvaise position.

198. Il est également nécessaire de retourner le fœtus lorsque le cordon ombilical se présente seul de lui-même, ou avec l'une des extrémités du fœtus, que l'enfant soit vivant ou non.

199. Lorsque la matrice est dans une obliquité complète, et qu'on n'a pas l'espoir de rendre son obliquité incomplète.

200. Lorsque la femme éprouve une perte abondante, soit par le col, soit par toute autre partie de la matrice, et que la vie de la mère ou celle de l'enfant, ou toutes les deux ensemble sont en danger.

201. Lorsqu'elle éprouve des convulsions, que le fœtus est encore éloigné de l'orifice de la matrice, et qu'il n'y a aucun autre moyen à tenter.

202. Lorsqu'après l'issue naturelle ou artificielle d'un fœtus, il en paroît un autre, quoique enveloppé dans ses membranes et se présentant dans une bonne position. Dans ce cas, le danger du renversement pour le fœtus est très-petit, et on termine plus promptement et plus facilement l'accouchement.

203. On doit en faire autant lorsqu'il se présente trois jumeaux, et exécuter un triple renversement.

204. Quelquefois il y a de fortes contre-indications au renversement : par exemple, on doit s'en abstenir toutes les fois que l'on accouche une femme pour la première

fois, du moins lorsqu'on peut terminer l'accouchement par d'autres moyens.

205. De même le renversement est contre-indiqué, lorsque les eaux sont écoulées depuis long-tems, et qu'après leur écoulement, il est survenu de fortes douleurs; pourvu néanmoins qu'il y ait une autre manière de secourir la femme.

206. Le renversement est encore contre-indiqué toutes fois que la tête est grosse, ou qu'elle est déjà enclavée, tant à cause du danger dont seroit menacée la vie du fœtus, que parce que, dans ce cas, on ne peut repousser la tête sans s'exposer à blesser la matrice. (*Tab.* 6, *fig.* 1.)

207. L'étroitesse du bassin est également une contre-indication au renversement, parce que alors on court le risque de séparer du tronc la tête qui sort la dernière.

208. Pour les mêmes raisons, le renversement est contre-indiqué dans le cas d'hydrocéphale interne qui est compliquée de quelques-unes des circonstances peu favorables rapportées (§. §. 203, 204, 205, 206.).

209. Le renversement, ou plutôt l'accouchement par les pieds, ne peut pas avoir lieu lorsque les fesses sont déjà descendues profondément dans la cavité du bassin, et qu'elles y sont enclavées, parce que, dans ce cas, le danger pour la vie de la mère et pour celle du fœtus est le même que dans celui de l'enclavement de la tête.

210. Enfin, le renversement n'est point indiqué, lorsque la tête, dans quelque position qu'elle soit, est déjà entièrement dans le petit bassin, et qu'elle y est enclavée, quoiqu'il soit possible, comme le prouvent quelques exemples, que l'on ne doit pas prendre pour modèles. (*Tab.* 6, *fig.* 1.)

211. Je veux dire que, pour retourner le fœtus, il n'est jamais nécessaire de repousser la tête en arrière du petit bassin, quand même cela seroit possible. Le ren-

versement est aussi contre-indiqué toutes les fois que la tête est passée au couronnement, ou que l'orifice de la matrice s'est déjà retiré derrière la tête, de manière que l'on puisse à peine la sentir. Alors la tête est assurément trop abaissée dans le petit bassin, et il vaut beaucoup mieux employer le forceps.

212. On doit suivre la même règle quand, après l'issue des eaux, un second jumeau se présente de la manière indiquée (§. *précéd.*), c'est-à-dire, ayant la tête en devant : alors on doit s'écarter du précepte donné (§. 202.)

213. Que devons-nous dire des exemples de renversemens de fœtus opérés même au quatrième tems de l'accouchement (*Théor.* §. 623 *et suiv.*), que rapportent quelques accoucheurs modernes ? On a lieu d'être surpris d'une telle audace, et on ne doit jamais l'imiter.

214. Dans les cas où les indications et contre-indications du renversement paroissent se contrebalancer, l'accoucheur doit alors, par égard pour la mère, pour l'enfant, et pour lui-même, abandonner le renversement, et terminer l'accouchement plutôt par la tête que par les pieds.

CHAPITRE VIII.

Du Diagnostique et du Pronostic dans les accouchemens contre-nature et difficiles par les pieds.

215. TOUTES les fois qu'il est nécessaire d'exécuter le renversement, et d'amener le fœtus par les pieds, avant de passer à cette opération, l'accoucheur doit bien faire attention à la position dans laquelle se présente la partie du fœtus qu'il a déjà reconnue, pour en déduire

la véritable position du corps, se faire une idée exacte du cas, et en déduire un pronostic.

216. Le diagnostique et le pronostic, relativement à la promptitude, à la facilité et au succès, ou aux différentes difficultés et aux événemens malheureux qui peuvent arriver, ne doivent pas se déduire seulement de la connoissance de la situation particulière du fœtus, mais des autres circonstances provenant tant de la mère que du fœtus, comme aussi des procédés souvent contraires qui ont déjà été employés pour soulager la mère.

217. Les circonstances relatives à la mère, outre la différence qu'y apporte un premier accouchement ou un accouchement qui a été précédé de quelques autres, se déduisent de l'âge, de la conformation, des forces, du tempérament, de toute la constitution physique et même de l'état de l'âme.

218. Par rapport au fœtus, le diagnostique et le pronostic se déduisent de sa position, de son volume et de sa force, de son état de vie ou de mort.

219. Quelquefois il faut faire en même tems attention aux particularités relatives à la mère et au fœtus (§. §. 217, 218.), parce que plus le bassin de la mère est étroit et vicieux, et le volume du fœtus considérable, plus il sera difficile de le retourner, si toutefois même on peut l'essayer.

220. A l'égard de ce qui a déjà été fait pour secourir la mère, on déduira le diagnostique et le pronostic de la manière dont la femme a été traitée depuis le commencement de l'accouchement, de la somme de douleurs qu'elle et le fœtus auront déjà dû souffrir.

221. Plus le tems depuis lequel les eaux se sont écoulées est grand, plus les douleurs qui ont suivi cet écoulement ont été fortes, et plus il est difficile de réussir à retourner le fœtus; de manière que l'accouchement par les pieds est quelquefois impossible sans une préparation préliminaire. (*Tab.* 4, *fig.* 1.)

222. Plus la tête est près de l'orifice de la matrice, et plus le renversement est dangereux, même dans les cas les plus favorables. (*Tab.* 1, *fig.* 1.)

223. Il est facile de comprendre par-là que le renversement sera toujours d'autant plus facile que la tête sera plus éloignée de l'orifice de la matrice. (*Tab.* 3, *fig.* 1.)

224. Une grande différence, à l'égard de la plus ou moins grande difficulté que l'on éprouve à retourner le fœtus, consiste dans la position même du fœtus, si la tête placée en bas, il a les extrémités inférieures pliées aux genoux en haut, ou s'il les a étendues sur le bas-ventre. (*Tab.* 1, *fig.* 1.)

225. La difficulté est à-peu-près moindre de moitié quand, dans le cas précédent, les jambes sont croisées l'une sur l'autre.

226. Le renversement du second fœtus, dans un cas d'accouchement double, est ordinairement plus facile, mais n'est pas entièrement dépourvu de dangers, quoique la tête se présente, et quelle que soit la position des pieds.

227. Dans aucun de ces cas, on ne peut parvenir à opérer le renversement, tant que la tête n'a pas abandonné sa première position, et que le fœtus n'est pas placé en travers : aussitôt après ce changement, l'accoucheur parvient plus facilement à sentir avec les mains le mouvement des pieds.

228. La même différence a lieu relativement à la plus ou moins grande difficulté (§. 224), qu'éprouvent les jambes lorsqu'elles sont étendues en haut et le long du ventre, ou lorsqu'elles sont pliées à l'articulation du genou, mais en proportion inverse (§. 224), pour l'accouchement par les pieds, lorsque le fœtus présente les fesses.

229. Au reste, il est ordinairement plus avantageux pour la mère et pour l'enfant d'opérer l'accouchement par les pieds, lorsque l'enfant présente les fesses au

détroit, que de l'extraire plié et en double. (*Tab.* 2, *fig.* 1.)

230. Et quoique l'accouchement par un seul pied, dont Portal avoit parlé long-tems avant Puzos, réussisse très-bien dans certaines occasions, il est cependant, pour les mêmes motifs (§ *précéd.*), moins favorable à la mère et à l'enfant, que celui qui se fait l'enfant présentant les deux pieds, sur-tout lorsqu'on a été obligé de le renverser.

231. La même différence, mais qui n'étoit pas prévue, quant au plus ou moins de difficulté (§. 224, 228), a lieu dans l'accouchement par les pieds, selon que les bras déjà un peu pliés aux coudes se trouvent rapprochés, ou qu'ils sont situés en haut et étendus le long du col, ou qu'ils sont croisés sur la nuque du fœtus sous les os pubis de la mère; car telles sont les trois positions que les bras ont déjà pris naturellement, ou qu'ils peuvent prendre pendant le travail de l'accouchement artificiel, et qui réclament un procédé particulier pour les dégager.

232. En général, il n'est pas aussi difficile de dégager un fœtus qui présente les pieds et les mains en même-tems, que lorsqu'il ne présente qu'un pied ou un bras seulement. (*Tab.* 3, *fig.* 1.)

233. On peut cependant, (abstraction faite du dernier et du plus difficile dégagement de la tête), dans tout accouchement par les pieds qui paroît très-facile au premier coup-d'œil, rencontrer des difficultés capables de détruire l'opinion favorable et le pronostic qu'on en avoit porté d'abord. (*Tab.* 4, *fig.* 1.)

234. Lorsque le cordon ombilical se présente, mais sans être accompagné d'aucune partie du fœtus, le renversement est quelquefois facile, quoique environné de dangers assez graves.

235. La sortie du cordon ombilical est toujours un événement très-nuisible à la conservation de la vie du

fœtus, sur-tout lorsque la tête l'accompagne. (*Tab.* 4, *fig.* 1.)

236. De même, la sortie du mœconium est d'un augure moins favorable, sans cependant être d'un aussi mauvais présage, principalement lorsque le fœtus présente les fesses, et que les eaux se sont écoulées quelque tems auparavant.

237. Mais lorsque le mœconium sort dans toute autre position du fœtus, principalement quand la tête se présente mal, et après l'écoulement des eaux, cela est du plus mauvais augure.

238. Et lorsque, dans ces cas (§. *précéd.*), le mœconium se présente en même-tems que les eaux s'écoulent, et qu'elles sont d'un gris obscur, cela est du plus sinistre présage.

239. Assurément Viardel, qui a distingué et observé exactement tous ces cas, leur a donné trop d'importance, ce que Mauriceau lui a reproché d'une manière peu ménagée.

240. Les pertes de sang par la matrice, dans le tems de l'accouchement, menacent presque toujours la vie de la mère plutôt que celle du fœtus, à moins qu'elles ne donnent lieu à une hémorragie interne du fœtus par le cordon ombilical.

241. Les convulsions de la mère sont quelquefois plus dangereuses pour la mère elle-même que pour le fœtus

242. Mais les convulsions qui surviennent au fœtus pendant l'accouchement, sont ordinairement aussi dangereuses pour la mère que pour le fœtus lui-même.

243. Au reste, si dans certaines circonstances la préparation à l'accouchement par les pieds est indispensable, le renversement du fœtus doit être d'autant plus difficile et dangereux; ce qui fait que, dans ces cas, on peut bien affirmer la possibilité de retourner le fœtus, mais non pas de lui conserver la vie. (*Tab.* 4, *fig.* 1.)

244. Enfin, tout accouchement par les pieds opéré par

le moyen du renversement, sans parler de celui qui se fait à l'aide de la préparation dont nous avons parlé, étant par lui-même souvent exposé à des difficultés que l'on n'a pas pré-vues, et toujours dangereux pour la vie de l'enfant, on ne devra jamais porter un pronostic avec trop de sécurité et de précision, tant à l'égard du tems que durera l'opération, qu'à l'égard de l'issue qu'elle aura; mais, au contraire, on devra toujours laisser quelques doutes, et être très-circonspect et très-réservé

CHAPITRE IX.

Du renversement en particulier, et des règles générales à observer dans cette opération.

245. TOUTES les fois que l'enfant présente toute autre partie de son corps que la tête, on ne doit essayer de l'extraire que par les pieds, ce que n'avoient pas coutume de faire les anciens. Il y a plus, c'est que, dans beaucoup de cas, il faut également recourir à ce procédé, lors même que la tête se présente.

246. Avant que d'employer ce procédé, qui consiste à renverser le fœtus, l'Église Catholique-Romaine oblige de donner le baptême à l'enfant dans le sein de la mère.

247. Avant tout, on doit chercher à découvrir la région de la matrice qu'occupent les pieds, afin d'employer la main au moyen de laquelle il est plus facile de les plier. (*Tab.* 1, *fig.* 1.)

248. Dans les cas les plus ordinaires, on doit donner à la femme la position accoutumée (§. 166 *et suiv.*) Le chirurgien même doit se placer le plus convenablement qu'il lui est possible; mais il est des cas particuliers qui réclament une position particulière.

249. Dans les cas particuliers, on doit, avant tout, donner à la femme la position qui favorise davantage la recherche des pieds du fœtus.

250. La femme couchée sur le lit, ou placée sur une chaise convenable, les fesses plus ou moins élevées suivant le besoin, l'accoucheur doit être ou debout, ou assis, ou sur ses genoux.

251. Il prendra celle de ces positions qui lui paroîtra plus commode, et se conformera à certaines règles tant à l'égard de ses pieds qu'à l'égard de ses mains.

252. Si l'accoucheur est debout, il doit avoir en avant le pied qui est du même côté que la main dont il se sert en commençant; et s'il est obligé de changer de main, il devra changer la position de ses pieds.

253. Il doit chercher à appuyer à quelque corps solide, comme, par exemple, au genou de la femme, la main dont il ne se sert pas.

254. Si l'accoucheur est assis sur une chaise basse, ce qui est plus commode, il devra avoir nue la main dont il a intention de se servir.

255. S'il est à genoux, il sera sur le gauche s'il se sert de la main droite, et sur le droit s'il emploie la gauche; ainsi le coude de la main dont il se servira pourra appuyer au genou du même côté mis en avant, tandis qu'il cherchera à appuyer à quelque corps solide la main dont il ne se sert pas. (§. 253.)

256. Ainsi les bras et les jambes de l'accoucheur travailleront alternativement (§. 251 *et suiv.*), et le complément du travail sera réparti de manière qu'une partie du corps ne fatiguera pas plus que l'autre.

257. Soit que l'accoucheur soit à genoux ou assis, il devra se lever aussitôt que les bras une fois dégagés, il sera parvenu à extraire la tête.

258. Comme, généralement parlant, l'accoucheur ne doit jamais se rendre chez une femme, qui est en travail d'enfant, sans avoir avec lui les petits instrumens qui sont d'un usage plus fréquent, il n'oubliera pas sa seconde main, c'est-à-dire, le forceps de Levret, lors

même qu'il s'agira de retourner l'enfant ou de l'extraire par les pieds.

259. Avant de se déterminer à quelque opération, il est certaines choses auxquelles l'accoucheur doit avoir égard, tant par rapport à lui que par rapport à l'opération elle-même, soit tandis qu'il la fait, soit après l'avoir faite.

260. Par rapport à lui, il aura soin de n'être ni incommodé par ses habits, ni détourné de ses travaux par aucun besoin naturel.

261. Un accoucheur doit aussi éviter tout ce qui peut être superflu, comme, par exemple, de mettre quelque chose de particulier, et dont la vue pourroit affecter la malade, tels qu'un bonnet, un tablier de toile cirée, des surmanches, ou autres choses semblables, tant pour ne point se donner un air de singularité, que pour d'autres motifs dont il ne doit point être soupçonné.

262. Quant aux objets dont l'accoucheur peut avoir besoin pendant l'opération, ils se réduisent à un peu d'huile, à une serviette pour s'essuyer les mains, et à quelques autres petits linges fins pour envelopper les parties délicates et glissantes du fœtus.

263. Lorsqu'on a terminé heureusement l'accouchement, on peut avoir besoin de plusieurs autres choses pour ranimer l'enfant qui paroît mort. Ces choses sont de l'eau chaude et de l'eau froide, qui doit être dans des baquets pour mettre l'enfant dans le bain; des charbons allumés, du vin chaud, une suffisante quantité de linge, une brosse, quelques esprits volatils à odeur forte, et autres choses semblables : on tarderoit trop à avoir ces différens objets, si on n'avoit eu la précaution de les préparer avant l'accouchement.

264. Avant que d'en venir à l'opération, il faut s'assurer encore de la véritable position des parties du fœtus qui se présentent, de celle du corps, et principalement de

celle des pieds, et savoir quelle est la main dont il convient de se servir, en se conformant aux règles de l'art.

265. Toutes fois que la difficulté d'accoucher dépend d'une mauvaise position du fœtus dans la matrice, quand la tête ou les autres parties qui se présentent sont en état d'opérer une certaine dilatation de l'orifice de la matrice, et cela, sans gêner le renversement du fœtus que l'on pourra être obligé de faire, et avant la sortie des eaux, on attendra que l'orifice de la matrice soit suffisamment dilaté pour y introduire la main.

266. Dans d'autres cas, lorsque le fœtus se présente par le cordon ou par telles autres parties qui ne peuvent pas opérer la dilatation de l'orifice de la matrice, et qu'en abaissant d'avantage ces parties, elles ne feroient qu'augmenter la difficulté de retourner le fœtus, il faut alors nécessairement ou élargir d'abord l'orifice de la matrice, et donner ensuite issue aux eaux, ou bien ne l'élargir qu'après leur sortie, qui, dans ce cas, arrive ordinairement de bonne-heure, et procéder ensuite à l'opération.

267. Lorsqu'on veut procurer l'issue artificielle des eaux, il faut en prévenir la femme qui accouche pour la première fois, afin qu'elle ne s'effraie pas. Cette précaution est également utile chez celle qui a déjà eu plusieurs enfans.

268. On doit avoir pour règle générale, lorsqu'il s'agit de retourner l'enfant, de ne jamais agir que pendant l'intervalle des douleurs, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à la tête : d'où il résulte que toutes les fois qu'il survient une douleur, on doit s'en tenir où l'on est, jusqu'à ce que la douleur soit passée.

269. La même règle est à observer dans l'application de toutes sortes d'instrumens : mais lorsqu'ils sont introduits, on doit se conduire différemment, surtout lorsqu'on se sert du forceps.

270. On doit engager la femme à garder le silence et le repos autant qu'il lui est possible pendant l'opération, principalement

principalement lorsque l'accoucheur va chercher les pieds, et qu'il est obligé d'exécuter sur le fœtus le demi-tour latéral sur le ventre; parce que c'est de là que dépend tout le succès de l'opération. Il est sur-tout extrêmement important que, pendant l'opération, la femme ne se retire pas en arrière, ne crie pas, ne frappe pas du pied, etc. ce qui seroit plus dangereux encore.

271. Quand il importe d'opérer promptement, on doit toujours procéder graduellement à la dilatation de la matrice, ce à quoi on parvient en introduisant les doigts l'un après l'autre, et non tous ensemble, car il faut prendre garde que les parties ne s'ensachent ou ne s'entassent sur la main.

272. On ne doit pas porter la main de la même manière dans le vagin et à l'orifice de la matrice.

273. Lorsque la femme éprouve des convulsions pendant l'accouchement, il faut toujours attendre que ces convulsions cessent; et lorsque, pendant le travail, il en survient de nouvelles, il faut retirer un peu la main.

274. Lorsque les eaux ne sont pas encore écoulées, et qu'il survient une forte hémorragie, il faut rompre aussitôt les membranes, et si le fœtus est dans une bonne position, il faut donner issue à la plus grande partie des eaux avant que de terminer l'accouchement, ce dont on peut souvent s'exempter.

275. Dans ce cas, lorsqu'on n'est pas obligé de retourner le fœtus, on peut se servir avec avantage du perforateur. (*Tab.* 1. *fig.* 2 *et* 3.)

276. Les fortes hémorragies par la bouche ou par le nez, obligent le plus souvent de terminer promptement l'accouchement: c'est ce qu'on appelle *accouchement forcé*.

277. Lorsqu'une forte hémorragie reconnoît pour cause l'insertion du placenta à l'orifice de la matrice, il faut également terminer promptement l'accouchement, afin de sauver la mère et l'enfant, dans quelque position que soit ce dernier.

278. Dans le cas d'hémorragie utérine moins forte, occasionnée par l'insertion du placenta dans le voisinage de l'orifice de la matrice, on doit essayer, quand le fœtus est dans une bonne position, d'éviter l'opération, ce à quoi l'on parvient, en rompant les membranes et en donnant issue aux eaux. (§. 274)

279. Lorsqu'on retourne le fœtus, il faut bien faire attention de prendre les parties du fœtus seules et séparées des membranes, pour ne pas opérer trop tôt le détachement du placenta, et pour cela, il faut tâcher de porter la main, non entre les membranes et la matrice, mais bien entre les membranes et le fœtus.

280. Par la même raison, quand on a dû procurer artificiellement l'issue des eaux pour retourner le fœtus, il faut, sans délai, et pendant que s'écoulent les eaux, introduire la main par l'ouverture même des membranes.

281. On concevra facilement par-là, que dans de semblables cas de renversement, on ne doit pas se servir du perforateur des membranes (§. 275.), comme le conseillent Loëffler et Osiander (*Théor.* §. 612.), mais qu'il vaut beaucoup mieux suivre la méthode de Deleurie.

282. On doit, autant que possible, garantir le cordon de toute compression, d'où il résulte que, lorsqu'il se présente sous la main, il faut, ou le placer ailleurs, ou l'éviter, ou le diriger dans la concavité de la main.

283. Lorsque le cordon est sorti, on essayeroit en vain de le faire rentrer dans la matrice, ou du moins de l'y maintenir; c'est pourquoi, au lieu d'employer inutilement du tems à cela, il faudra le placer entre les parties, afin qu'il ne se refroidisse pas et qu'il ne soit pas comprimé, et procéder de suite au renversement ou à toute autre opération qui seroit jugée nécessaire.

284. On agira de la même manière, lorsqu'un bras se présentera; il ne faudra point le repousser en arrière, parce que, en retournant le fœtus, le bras rentrera en grande partie de lui-même.

285. Le conseil que nous donnons de retourner le fœtus, sans s'occuper à repousser les extrémités supérieures, doit être également suivi lorsque les deux bras se présentent au-dehors.

286. Cependant comme l'un des bras ou même les deux qui se présentent en avant, ne se portent jamais entièrement d'eux-mêmes en arrière pendant le renversement, mais seulement en partie (§. 284.), et qu'ils se présentent ordinairement en-devant plutôt que de coutume, c'est pourquoi, aussitôt que les mains paroissent, il faut les prendre par l'extrémité des doigts, et les tirer de manière qu'ils se trouvent à côté du corps du fœtus.

287. Mais l'accoucheur commet une bévue bien grossière lorsque, par inadvertance, il prend une main pour un pied, et qu'il fait sortir un bras au lieu d'une jambe; tandis qu'il agit au contraire d'après les véritables principes de l'art, lorsqu'il opère ainsi en connoissance de cause.

288. Il y a donc des cas où l'accouchéur ne doit pas craindre de prendre et de tirer en bas dans une direction droite l'un des bras ou même les deux, avant que d'être allé chercher les pieds.

289. Lorsqu'un bras se présente dans le vagin, il faut, par précaution, s'assurer, avant de rien faire, si on ne l'a pas déjà luxé ou fracturé par les mauvais procédés que l'on peut avoir employés.

290. Lorsqu'on porte la main dans le vagin pour aller chercher les pieds, on en tourne ordinairement la paume du côté du corps du fœtus. On doit saisir les genoux avant les pieds, toutes les fois que la tête est tournée en bas, à moins que les pieds, étendus sur le ventre, ne se portent en bas vers la poitrine, comme on le voit. (*Tab.* 1, *fig.* 1.)

291. Au contraire, on saisira les pieds avant les genoux, lorsque la tête se trouvera dirigée en haut, soit que les jambes soient étendues ou non. (*Tab.* 2, *fig.* 1.)

292. Pendant cette opération, comme lorsqu'on opère le renversement du fœtus, principalement quand on a la main de l'un des côtés de la matrice, on doit avoir l'autre main appuyée fortement sur le côté opposé du ventre de la femme.

293. C'est sur-tout quand il faut disposer le fœtus à l'accouchement par les pieds que cette application de la main en dehors est utile.

294. Lorsque le fœtus a la tête tournée en travers, il arrive plus ordinairement que la face est tournée vers le côté droit que vers le gauche; c'est pourquoi il est plus ordinaire qu'on doive opérer le renversement du fœtus, quand toutefois il est nécessaire, avec la main gauche.

295. Lorsqu'on opère toute espèce de renversement, il est extrêmement important que le bras de l'accoucheur ne se croise pas avec le corps du fœtus, et encore moins avec le col ou avec le cordon ombilical.

296. Il faut avoir attention que le cordon ombilical ne se noue pas, et ne se contourne pas autour du corps, lorsqu'on opère le renversement du fœtus; ce qu'il est facile d'éviter, lorsqu'on ne saisit et qu'on ne tire pas en aveugle les pieds comme ils se présentent.

297. Il est quelquefois assez difficile de prendre ensemble les deux pieds dans la matrice, et de les tirer en bas dans la même direction. C'est pourquoi, pour ne pas tirer le fœtus par un seul pied, il faut amener les deux pieds l'un après l'autre dans le vagin, pour pouvoir les saisir ensemble, et en opérer simultanément l'extraction.

298. Lorsque les membres du fœtus sont hors du vagin, on ne doit les tirer que par de légers mouvemens en spirale, et jamais par secousses et de côté.

299. Il n'est pas nécessaire, pour fixer le premier pied dans le vagin, de se servir du lac de Sigmundin, tandis que l'on va chercher le second.

300. Cependant, lorsqu'il est indispensable de s'en servir, il faut auparavant le frotter d'huile, de même que les autres instrumens, le diriger avec précaution, et le détacher aussitôt qu'il devient inutile.

301. Ces lacs, ainsi que le petit bâton qui leur sert de conducteur, sont des instrumens qui n'ont des avantages, et qui ne doivent être employés que dans les cas où il est extrêmement difficile de disposer à l'accouchement par les pieds, ou lorsqu'on ne peut qu'avec beaucoup de peine maintenir le corps du fœtus dans une direction perpendiculaire. (*Tab.* 2, *fig.* 2.)

302. Les pieds ne cèdent point aux efforts que l'on fait pour les tirer en arrière, tant que le fœtus est dans une position telle que la tête est en bas, ou dans une position oblique ou transversale, principalement pendant le moment d'une douleur. Mais à peine la tête quitte-t-elle sa première position, et le fœtus en prend-il une perpendiculaire, que les pieds descendent beaucoup plus facilement (§. 227.). C'est pourquoi, dans la plupart de ces cas difficiles, il vaut mieux se servir d'un lac que de la main pour tirer le fœtus, tandis qu'avec l'autre main on repousse la tête en haut, et on exécute ainsi un double procédé.

303. En outre, l'accoucheur ne doit jamais introduire en même-tems plus d'une main dans le vagin, et encore moins essayer d'y exécuter avec les deux mains quelle opération que ce soit.

304. Lorsque les jambes sont croisées l'une sur l'autre, position qui est la troisième de celles dans lesquelles les pieds peuvent se présenter, il faut bien prendre garde de ne pas saisir et tirer le supérieur pour l'inférieur, car cela seroit gênant au passage, et pourroit donner lieu à une fracture ou à une luxation.

305. On ne doit jamais empoigner et tirer les pieds ou toute autre partie du fœtus, qu'après les avoir enveloppés de linge souple et un peu usé. (§. 262.)

306. De même on doit se servir alternativement des deux mains (§. 256.), et saisir avec toute la main les parties l'une après l'autre, en allant des pieds aux genoux, et ensuite au sacrum, sans abandonner la partie du fœtus sortie auparavant.

307. Ainsi, tout le corps se meut au moyen de légères forces partagées, et de cette manière on ménage les articulations, principalement celles des os longs.

308. Par les mêmes raisons, et afin de ne pas être obligé de mouvoir tout le corps en agissant seulement sur de petites parties, on doit choisir l'intervalle de deux douleurs pour retourner à moitié le fœtus sur le ventre quand il est nécessaire, mais pas avant qu'il soit sorti jusqu'au-dessus des fesses, ni plus tard.

309. Il est clair que pour opérer à tems ce demi-renversement latéral du fœtus (§. *précéd.*), il faut décrire la portion de cercle la plus courte, ou, pour mieux m'exprimer, donner au fœtus celle des positions latérales qu'il est plus naturellement porté à prendre.

310. On remarque presque toujours que dans l'accouchement par les pieds, le fœtus, soit qu'il ait été retourné ou non, se porte, pour ainsi dire, de lui-même, sur le côté : dans ce cas, on doit l'aider, et, s'il en est besoin, changer promptement de main, et donner à celle dont on se sert une position différente de celle dont on se servoit.

311. Lorsque le cordon est passé entre les jambes, de manière que le fœtus est comme à cheval dessus, on doit avant tout en tirer assez pour faire sortir de son anse le genou plié, et débarrasser le cordon. (*Théor.* §. 393.)

312. Mais lorsque le cordon n'est pas entre les jambes, il faut, lorsqu'il est suffisamment sorti du ventre, tirer un peu le ventre lui-même, et relâcher ainsi la partie du cordon qui tient au fœtus. (*Théor.* §. 393.)

313. Dans la plupart des cas, il est nécessaire et très-avantageux de faire sortir les bras avant la tête; et l'on

ne doit pas tarder à le faire, dès que le fœtus est sorti jusqu'au col, parce qu'alors on n'éprouve que très-peu de difficultés.

314. Dans ces sortes de cas, on doit toujours dégager d'abord le bras qui est le plus voisin du coxis; c'est pourquoi on tire ordinairement d'abord les bras de ce côté, pour tourner ensuite le fœtus de l'autre côté, et le placer sur le ventre.

315. Cependant, comme le dégagement du bras, par les raisons que nous avons données, n'est pas toujours également facile (§. 231.), de même aussi la situation des deux bras n'est pas toujours la même. Dans ce cas où l'un des bras est étendu et l'autre plié, on doit s'écarter de la règle générale, et tirer premièrement en bas le bras plié, qui est plus aisé à dégager, lors même qu'il n'est pas situé en arrière.

316. Quoiqu'il ne soit pas toujours nécessaire ni même utile de tourner le fœtus sur le ventre, pour lui donner une autre position que celle qu'il avoit dans le côté (§. §. 308, 309.), le développement des bras doit, dans ce cas, se faire d'après les règles que nous avons posées, c'est-à-dire, en prenant d'abord le bras qui est en dessous, ensuite celui qui est en dessus (§. 314.), quoique, pour faciliter l'opération, on emploie un procédé différent.

317. Au reste, l'extraction du bras, ainsi que celle de la tête, exigent beaucoup d'habitude et de dextérité de la part de l'accoucheur, pour qu'il n'arrive pas d'accident par sa faute. Bien plus, il doit chercher à acquérir de l'aisance pour opérer comme il faut dans ces sortes de cas.

318. Il n'est jamais besoin de se servir d'aide pour tirer le corps du fœtus, lors même qu'on éprouve beaucoup de difficultés à extraire la tête.

319. Lorsqu'on opère le renversement du fœtus, on

doit, du commencement jusqu'à la fin de l'opération, tenir l'axe du bassin, et faire attention au périnée.

320. Pour rendre le renversement ou l'accouchement par les pieds moins dangereux pour la vie du fœtus, je conseille, d'après une expérience réitérée, dans le cas où l'on éprouve de la difficulté à dégager la tête après deux ou trois tentatives inutiles, d'avoir recours, sans perdre de tems, et sans réitérer les essais, au forceps, parce que la troisième tentative, inutile, commençant à mettre en danger la vie du fœtus, la quatrième, la cinquième ou la sixième, qui ne réussiroient pas, seroient nécessairement mortelles.

321. Il résulte de là que l'accoucheur ne doit jamais entreprendre un accouchement difficile ou contre-nature sans avoir avec lui le forceps de Levret. (§. 258.)

322. Dans le cas de jumeaux, lorsque l'un ou même les deux se présentent dans de mauvaises positions, il faut également avoir recours au renversement : seulement, dans ce cas, il faut faire deux fois ce qu'on fait une seule fois dans les autres. (*Théor.* §. 745.)

323. Il faut savoir que chaque jumeau reste renfermé dans ses membranes propres, et est séparé de l'autre par une cloison (*Théor.* §. 330.). En conséquence, on ne devra jamais rompre par inadvertance, et encore moins par ignorance, les membranes du second fœtus, avant que le premier soit sorti, et cela pour épargner à soi ou à d'autres la difficulté de bien distinguer, de démêler et d'extraire les parties du fœtus que l'on pourroit aisément confondre.

324. Lorsque, dans le cas de jumeaux, on doit opérer artificiellement la rupture des membranes pour retourner le fœtus (§. §. 280, 281.), il faut tâcher de rompre le sac plutôt que la cloison (§. *précéd.*), ou même s'empresser de porter la main par l'ouverture même qui donne issue aux eaux, et aller chercher les pieds, pour que le renversement du fœtus, d'ailleurs facile dans ce cas, ne

soit pas environné de dangers ou de difficultés (§. §. 279, 280.). Il faut, dans ce cas, se rappeler la méthode de Deleurie pour rompre les membranes, et la mettre en usage (§. 281.).

325. Dans le cas rare de jumeaux unis ensemble, l'accoucheur se conduira, pour le mieux, d'après ses connoissances et sa conscience : c'est ici un de ces cas dans lesquels il est aussi difficile de prescrire des règles, et de déterminer la conduite à tenir, que de les mettre à exécution.

326. Ces règles générales pour les cas d'accouchement par les pieds et de renversement du fœtus, ainsi que les autres précautions à prendre, sur-tout relativement au pronostic, sont, on ne peut pas plus importantes, pour ne pas compromettre notre réputation, qui est déjà si fort exposée dans l'exercice de l'art des accouchemens (1).

---

(1) C'est pourquoi Portal, dans sa *Pratique des accouchemens*, a dit, il y a plus de cent ans, d'une manière aussi élégante que juste : « On a beau faire, on ne fait jamais rien : quelque belle » opération qu'on puisse faire, elle ne fait point d'éclat; mais » bien le contraire, qu'une femme soit si bien accouchée qu'on » souhaitera, et que malheureusement elle vienne à mourir, ce » ce sera toujours la faute de celui ou de celle qui aura accouché » la femme; tant la médisance a d'empire sur la vérité ! »

SECTION II.

Des opérations de la main et de leur classification.

327. Puisque nous avons divisé la doctrine des opérations contre-nature et difficiles en deux classes principales, c'est-à-dire, en celles qui s'exécutent avec la main seule, et en celles qui exigent l'usage des instrumens, nous parlerons des premières dans cette section.

328. Comme les accouchemens contre-nature et difficiles qui s'opèrent par la tête, forment principalement l'autre partie de la pratique des accouchemens, puisqu'il est rare qu'on puisse les terminer sans le secours d'instrumens (§. 9.); d'un autre côté, toutes les fois que le fœtus ne présente pas la tête, il ne peut sortir que par les pieds ou par les fesses (§. 7.) : on verra par-là que nous aurons principalement à parler ici du renversement et de l'accouchement par les pieds (§. 10.)

329. La doctrine du renversement est aussi importante que les diverses positions du fœtus sont multipliées. Et puisqu'un fœtus mal situé ne peut venir au monde par le moyen du renversement, qu'en changeant la mauvaise position dans laquelle il est en une bonne, le plus grand pas qu'ait fait la pratique moderne, dépend, d'un côté, de la classification systématique des principales positions du fœtus, et de l'autre, de la manière raisonnée de changer une mauvaise position en une meilleure, au moyen d'un procédé méthodique (§. 11.)

330. C'est-à-dire, de même que les différentes classes et les genres respectifs des différentes positions, sont déterminés par la position du corps, et les différentes espèces par la différente situation des membres; de même aussi on change ces espèces, ces genres, ces classes mêmes, en d'autres espèces, genres et classes, au moyen de procédés méthodiques (§. 8.)

331. Mais cette réduction ne peut s'étendre aux premières classes d'opérations (§. 327.) que par un procédé difficile à exécuter, et qu'on ne doit jamais employer; autrement ce seroit vouloir convertir une position qui appartient à la première classe, en une position de la seconde classe, comme le pratiquoient les anciens, et comme le voudroient encore quelques modernes.

332. Au reste, ce changement ou cette réduction d'espèces, de genres, de classes d'opérations manuelles, (§. *précéd.*) étant fondée sur une classification systématique exacte (§. 329.), est une preuve irréfragable des avantages de cette classification.

333. La première classe principale d'opérations manuelles comprend l'accouchement par les pieds, comme genre principal; et celui-ci renferme le premier genre qui comprend l'accouchement parfait par les pieds.

334. On appelle accouchement parfait par les pieds, celui dans lequel les deux pieds s'engagent ensemble à l'orifice de la matrice. On en distingue trois espèces qui dépendent de la situation des pieds eux-mêmes.

335. L'accouchement imparfait par les pieds forme le second genre, et a lieu lorsque les fœtus ne présente qu'un seul pied. De même que le premier, il peut être de trois espèces qui dépendent de la position particulière que conserve le pied resté dans la matrice.

336. En outre, l'accouchement double appartient à la première classe comme genre principal, et se divise en deux espèces, c'est-à-dire, en accouchement double parfait, et en accouchement double imparfait.

337. En général, on appelle *double*, l'accouchement dans lequel se présentent d'abord quelques-unes des parties du fœtus repliées et comme en double, comme, par exemple, lorsque le fœtus présente les fesses. (*Tab.* 2, *fig.* 1.)

338. On appelle *accouchement double parfait*, celui dans lequel se présentent à l'orifice de la matrice les parties

les plus grosses, comme, par exemple, les fesses; et imparfait, celui dans lequel il s'en présente de plus petites, tels que les genoux. (*Tab.* 2, *fig.* 1.)

339. Chacun de ces genres renferme trois espèces qui dépendent des positions diverses des pieds.

340. La seconde classe comprend la situation transversale du fœtus, ayant les extrémités en bas.

341. Ce genre comprend trois espèces qui dépendent de la différence et du nombre des membres qui se présentent.

342. La troisième classe comprend la position transversale du fœtus, ayant les extrémités tournées en haut.

343. Ce genre se divise en deux espèces, selon que le fœtus présente le dos ou le ventre.

344. Dans la quatrième classe sont comprises les positions obliques du fœtus dans lesquelles celui-ci présente les extrémités supérieures.

345. Ce genre renferme deux espèces, selon que le fœtus se présente dans une position telle, qu'il a la face tournée en haut ou en bas, et qu'un bras ou même les deux se présentent aussi en même-tems.

346. La cinquième classe comprend ce qu'on appelle *accouchement forcé*, ou tout autre cas dans lequel il est urgent de retourner le fœtus, lors même que la tête se présente.

347. On comprend dans ce genre les espèces suivantes: 1°. Lorsque la tête se présente dans une très-mauvaise position; 2°. lorsqu'il survient quelque accident dangereux pour la mère, comme, par exemple, une forte hémorragie, des convulsions, etc. 3°. quand le placenta a ses attaches en-devant, c'est-à-dire, près de l'orifice de la matrice; 4°. toutes les fois que quelque symptôme fâcheux met en danger la vie du fœtus, comme, par exemple, lorsque le cordon est sorti avec ou sans la tête.

348. La sixième classe termine cette première partie de la doctrine pratique des opérations manuelles, et elle

consiste dans les opérations difficiles qui peuvent être nécessitées par les cas rapportés dans le second genre.

349. Ce genre comprend les trois premières espèces qui consistent, 1°. à détacher le placenta des diverses régions de la matrice, lorsque le cordon est sain; 2°. à le détacher lorsque le cordon est rompu; 3°. à le détacher enfin lorsqu'il est emprisonné avec ou sans le cordon.

350. Siebold a donné, dans une espèce de table explicative, des vues générales sur le système des opérations de toute espèce (§. 727.) Mais son système n'est point assez important pour être adopté, et il est d'ailleurs le plus souvent dépourvu de fondemens solides.

CHAPITRE PREMIER.

De l'Accouchement par les pieds et de ses espèces.

351. En général, l'accouchement par les pieds, ses genres et ses espèces dépendent de ce que le fœtus ne s'est pas tourné, et qu'il est resté dans une des positions qu'il avoit dans le principe.

352. Plusieurs causes peuvent donner lieu à cela, telles, par exemple, qu'un fœtus trop volumineux, la matrice peu dilatée, la petite quantité des eaux, les entortillemens du cordon qui se sont faits de bonne heure et dans le principe, etc.

353. Les différentes espèces d'accouchement par les pieds dépendent, en partie, des mauvaises positions que le fœtus a prises, dès le principe, dans la matrice, et elles se forment aussi en partie dans le tems de l'accouchement.

354. En général, l'accouchement parfait, par les pieds, est, à tous égards, préférable à l'imparfait: celui de la première espèce, quoique plus rare, est plus heureux.

355. Tous les accouchemens qui s'opèrent à l'aide des mains, au moyen du renversement parfait ou imparfait (§. 177.), demandent à être réduits à la condition de cette

première espèce d'accouchement parfait, pour délivrer plus heureusement la mère.

356. Comme le manuel de la première espèce d'accouchement parfait a beaucoup de rapport avec tous les autres genres et espèces, par l'usage qu'on est obligé d'en faire, et comme il est le plus facile, nous commencerons d'abord par en faire mention.

357. La première espèce d'accouchement parfait par les pieds, a lieu quand les deux pieds du fœtus sont engagés à l'orifice de la matrice ou dans le vagin, de telle manière que les talons soient tournés contre le pubis, et les doigts contre le sacrum.

358. On saisit les pieds du fœtus avec la main droite ou avec la gauche, au-dessus des talons, en portant le doigt du milieu entre les malléoles; les autres doigts, partie d'un côté, partie de l'autre, et ayant la plante des pieds dans la main fermée en partie.

359. Comme, en opérant d'après les règles (§. 298.), les genoux paroissent les premiers, on embrasse au-dessus d'eux, dans le sens opposé, les cuisses avec l'autre main, en plaçant également entre les deux le doigt du milieu, et on continue de tirer de cette manière jusqu'à ce que les fesses paroissent.

360. Alors on laisse en place la seconde main sur les genoux, on porte la première sur le sacrum, en étendant le doigt du milieu sur les vertèbres lombaires, et les autres doigts autour du pubis, et on continue ce procédé jusqu'à ce que le fœtus soit sorti jusqu'au nombril.

361. Lorsqu'on commence à apercevoir le nombril, on tire un peu en bas le cordon (§.312.), et en portant la main sur le dos, on continue de tirer jusqu'à la poitrine pourgager ensuite les bras.

362. Le meilleur moyen, celui que conseille Portal, pour dégager les bras, qui peuvent être dans trois positions différentes (§. 231.), consiste à ôter la main qui étoit sur les genoux, à poser l'avant-bras sous le fœtus pour le

soutenir, en le portant en même-tems un peu du côté du bras qui le soutient, pour pouvoir ensuite dégager plus commodément le bras du fœtus avec l'autre main.

363. Pour exécuter ce procédé, on porte la paume de la main sur l'épaule du fœtus, et ensuite sur le côté du col, on la glisse en haut le long de l'humerus jusqu'au pli du bras du fœtus, et le portant ensuite de côté semi-circulairement en bas, jusque vers l'os sacrum, on place le cubitus contre la poitrine du fœtus, on passe ensuite à l'avant-bras, et on le porte en dehors avec la main par dessous la poitrine.

364. Pour dégager le second bras, on place le corps du fœtus sur l'autre bras, dans une direction opposée à la première, et on opère avec l'autre main en suivant la même règle.

365. Telle est la conduite à tenir dans les cas les plus difficiles, c'est-à-dire, quand, dans la seconde espèce, les bras sont étendus en haut le long du col et de la tête; tandis que, dans la première, les bras étant pliés et les coudes en bas, la difficulté est beaucoup moindre (§. 231, 315.); quoique, pour plus grande sûreté, on doit toujours opérer d'après les mêmes principes.

366. La plus grande difficulté qui puisse se présenter, consiste à tirer en bas un des bras, ou même les deux, dans la troisième espèce de position, lorsqu'ils sont croisés sur la nuque et sous les os du pubis de la mère (§. 231.). Cette position exige un procédé particulier, pour éviter la rupture des bras, qui ne manqueroit pas d'avoir lieu.

367. Au reste, l'ancienne méthode de Rhodion, et la nouvelle d'Osiander, qui consistent à dégager les bras avant que la poitrine soit sortie, sont également inadmissibles et impossibles à exécuter; et c'est très-mal-à-propos qu'on les emploie encore, à la vérité, sans lacs et sans crochets, lorsque le fœtus se trouve situé en travers, les extrémités pendantes en bas.

368. Après avoir dégagé les bras, on porte aussitôt la même main ouverte en haut, vers la partie antérieure du col du fœtus sur la paroi postérieure du vagin, jusqu'à la bouche du fœtus ; et tandis qu'on tient le corps appuyé sur le carpe, on introduit deux doigts dans la bouche du fœtus, ou bien, on les applique un peu plus haut sur la mâchoire supérieure, de manière que le doigt du milieu se prolonge sur le nez ; on porte presque en même-tems l'autre main sur la nuque du fœtus, et on distribue les doigts de manière que celui du milieu est placé le long de l'occiput, l'indicateur et l'annulaire s'appliquent sur les épaules, le pouce et l'auriculaire sous les aisselles.

369. Lorsqu'on a saisi ainsi la tête, il est beaucoup plus facile de l'extraire, parce que, de cette manière, on tire à soi en dessous la partie antérieure de la tête, tandis qu'on pousse en arrière la postérieure avec le doigt du milieu; par conséquent on parvient plus facilement à l'extraire, la face étant en avant et dans une direction demi-circulaire, que si on tiroit seulement en-dessus, ou en-dessus et en-dessous en même-tems, et avec des forces égales.

370. Par conséquent, lorsque la tête vient la dernière, elle demande à être développée de la même manière que lorsqu'elle se présente la première; seulement, dans le premier cas, il faut opérer plus promptement pour prévenir les accidens qui pourroient menacer la vie du fœtus.

371. Pendant que la tête se dégage, il faut soulever le corps du fœtus presque autant que sur la fin on a coutume d'élever le manche du forceps, lorsqu'on se sert de cet instrument pour dégager et extraire la tête la première; car, dans l'un et l'autre cas, il faut, sur la fin, que la partie postérieure de la tête soit presque immobile sous l'arc du pubis, et comme fixée à un point, tandis que la partie antérieure, et en particulier la face, parcoure la plus grande partie du chemin, et que la tête qui, de cette

cette manière se meut sur son propre axe transversal, décrit en sortant une ligne demi-circulaire.

372. Dans la seconde espèce d'accouchement parfait par les pieds, les doigts et les talons sont tournés de côté vers l'ilion ou l'ischion droit ou gauche.

373. Et puisqu'on ne peut avoir le dos de la main tourné contre les talons, mais bien la paume, on les saisira ainsi de côté avec la main de laquelle on se servira le plus commodément; et l'on continuera d'opérer alternativement et de côté avec les mains, comme dans le premier cas.

374. Lorsque les fesses sont sorties, que l'on aperçoit le nombril, et que le cordon est dehors, on porte la main vers le dos, on fait faire au fœtus un quart de tour latéral sur le ventre, et on termine l'opération comme il est dit dans le premier cas.

375. Dans la troisième espèce d'accouchement parfait par les pieds, les talons sont tournés vers le sacrum, et les doigts vers le pubis.

376. On prend, d'une manière opposée, les pieds avec les mains, comme dans le premier cas, et lorsque les fesses paroissent, après avoir extrait le cordon, on fait faire au fœtus un demi-tour latéral sur le ventre, avant que de terminer l'opération de la manière indiquée.

377. Au reste, si, comme cela arrive quelquefois, le fœtus, en sortant, prenoit de lui-même l'une ou l'autre inclinaison latérale (§. 310), on devra la favoriser en changeant de main, s'il en est besoin, pour agir plus commodément.

378. Smellie et Levret veulent que ce demi-tour latéral du fœtus sur le ventre soit un peu plus que complet; conseil qui n'est point à mépriser.

379. Il n'est cependant pas inutile d'observer à cet égard qu'il n'est pas toujours nécessaire ni avantageux de retourner entièrement le fœtus sur le ventre (§. 316), et que, quant à ce qui regarde le dégagement de la tête

dans l'accouchement, beaucoup de fœtus, dans différens cas, franchissent beaucoup plus aisément le détroit inférieur ayant la face tournée de côté.

380. Au reste, il est à remarquer que dans cette position diagonale du fœtus dans le côté, pour ce qui a rapport au dégagement préalable des bras, on doit avoir pour règle d'extraire d'abord l'inférieur, et ensuite le supérieur (§. 314), mais encore de les extraire les deux avec la même main (§. 316.)

381. C'est-à-dire, que dans cette position du fœtus, l'accoucheur opérera l'extraction des bras en portant d'abord la paume de la main sur la poitrine du fœtus, et avançant jusqu'au côté externe du bras qui répond au sacrum, il le tirera en devant et en haut vers la poitrine pour l'extraire. Cela fait, il portera ensuite la même main aplatie jusqu'au côté externe du bras qui est situé sous les os pubis, le tirera en devant et en bas sur la poitrine, et ensuite il le fera sortir.

382. Si les bras se rencontrent, comme dans la troisième espèce, c'est-à-dire, croisés sur la nuque, et au-dessous des os pubis (§. 231), on ne devra pas tirer le fœtus avant que d'avoir réduit cette troisième position en la seconde.

383. Pour opérer cette réduction, il faut donner au fœtus qui est couché sur le ventre, une position diagonale dans le côté, et le tourner ensuite sur le ventre, parce que alors le bras qui restera du même côté dans la seconde position, pourra être dégagé facilement et sans danger.

384. Il faudra employer un procédé directement contraire au premier, pour dégager l'autre bras; et dans le cas où un seul seroit dans la position dont nous venons de parler (§. 382), il sera facile de s'en assurer, et d'employer le procédé convenable.

385. Comme il arrive ordinairement qu'il n'y a qu'un seul bras croisé sur la nuque (§. 382), c'est presque

toujours celui du côté opposé à celui sur lequel le fœtus, d'abord placé sur le dos, a été tourné sur le ventre; d'où il résulte, que le bras accroché reste le dernier à être tiré en bas, ce qui facilite encore singulièrement l'opération, dans ce cas simple.

386. Mais si on a dégagé les bras d'après l'une ou l'autre méthode, il est à remarquer que, dans le cas où le visage est tourné en bas, si la tête éprouve quelque obstacle au passage, il faut la mettre aussitôt dans une position diagonale, ou sur le côté dans le bassin, et lui faire traverser son détroit inférieur, dans une position naturelle.

387. Dans l'accouchement imparfait par les pieds, le fœtus est situé dans une des trois premières positions qui ont été indiquées, quoiqu'il ne soit sorti qu'un seul pied, l'autre restant encore dans l'intérieur de la matrice.

388. Dans la première espèce d'accouchement imparfait par les pieds, le pied resté dans la matrice est appuyé par son extrémité à un point quelconque de la circonférence du détroit supérieur du petit bassin.

389. Dans ce cas, on porte en haut la main ouverte le long du côté interne du pied sorti, et lorsqu'on est parvenu aux parties génitales, on passe à l'autre cuisse, on saisit la jambe sur le col du pied avec l'indicateur plié en forme de crochet, et on le fait sortir de cette manière.

390. L'accouchement par les pieds rendu alors parfait de l'une ou de l'autre espèce, on s'occupe à le convertir en la première espèce d'accouchement parfait par les pieds, et on termine l'opération.

391. Dans la seconde espèce d'accouchement imparfait par les pieds, on trouve le pied resté dans la matrice caché plus en haut ou plié au genou sur la cuisse du premier pied, ou étendu en haut le long du corps.

392. Dans le premier cas, on introduit la main de côté, et parcourant sur la face externe de la cuisse cachée

depuis le bas jusqu'au col du pied, on l'amène en bas et en dehors avec l'indicateur recourbé.

393. Dans le second cas, on passe sur les parties génitales pour aller à la cuisse, et en la suivant depuis le dessus jusqu'à l'extrémité du pied, on va le prendre, et après l'avoir plié au genou, on le tire vers le pouce en dedans, en bas, et ensuite hors du corps.

394. Dans la troisième espèce d'accouchement imparfait par les pieds, on trouve l'autre pied plié au genou, et la cuisse répondant au dos.

395. Dans ce cas, on passe sur les parties génitales, et on va jusqu'à la cuisse cachée, en suivant sa direction jusqu'au pli du genou, que l'on accroche de la même manière, et en même-tems, on tire en bas le fœtus, jusqu'à ce que la jambe pliée tombe presque d'elle-même hors des parties : par ce procédé, on obtient un accouchement parfait par les pieds, qui ne demande plus qu'à être réduit en la première espèce pour être terminé heureusement.

396. L'accouchement imparfait par les pieds réussit ordinairement très-bien (§.230.), pourvu que le pied resté dans la matrice ne soit pas situé comme dans la troisième espèce.

397. Dans ce cas, on commence à faire sortir le fœtus par un seul pied, jusqu'à ce que les fesses se présentent au passage ; ensuite, on porte en dehors le doigt courbé à l'aine du fœtus, et on continue de le tirer jusqu'au genou du pied resté en arrière ; et passant avec le doigt de la cuisse à la jambe, et jusqu'à l'extrémité du pied, on parvient facilement à l'extraire : pour le reste de l'opération, on se conduit d'après les règles que nous avons données, relativement à l'une des espèces d'accouchement parfait par les pieds appartenant à la première classe.

CHAPITRE II.

De l'Accouchement double et de ses espèces.

398. DANS l'accouchement double parfait, le fœtus présente les fesses à l'orifice du vagin (§. 338), et il est dans une des principales situations accoutumées (§. 351.). Les espèces se déduisent de la direction des pieds. (§. §. 228, 304.)

399. L'accouchement double parfait reconnoît les mêmes causes (§. §. 115, 351.), et les mêmes motifs (§. §. 116, 117, 351.), que l'accouchement par les pieds; mais ses différentes espèces se forment ordinairement, dans l'accouchement même (§. 363.)

400. On reconnoît par le toucher interne les caractères suivans : 1°. le ventre n'est pas beaucoup abaissé ; 2°. l'orifice de la matrice reste encore élevé ; 3°. on sent tout le segment inférieur de la matrice qui est encore ferme ; 4°. son orifice s'ouvre en ovale ; 5°. le travail de l'accouchement se fait lentement ; 6°. enfin, on reconnoît par le tact, prudemment exercé, la partie qui se présente.

401. Dans la première espèce d'accouchement double parfait, les jambes sont appuyées par la plante des pieds sur la circonférence du détroit supérieur du petit bassin.

402. Il est rare, ou peut-être même n'arrive-t-il jamais que les jambes soient pliées aux genoux, et que les pieds se présentent à l'orifice en même-tems que les fesses (§. 396) : ils prennent facilement, au contraire, une autre position dans le travail de l'accouchement, de même que dans l'accouchement imparfait par les pieds. (§. §. 388, 391.)

403. C'est pourquoi il convient alors d'opérer simplement, comme on l'a conseillé dans l'accouchement imparfait par les pieds, de la première espèce (§. 389),

c'est-à-dire, ou tout d'un coup avec une seule main, ou à deux reprises en se servant des deux mains.

404. Dans la seconde espèce d'accouchement double parfait, les jambes sont croisées l'une sur l'autre.

405. Dans ce cas, il n'y a d'autre précaution à prendre que celle de ne pas empoigner et tirer le premier le pied qui est situé sur l'autre.

406. Pendant le travail de l'accouchement, cette seconde espèce se change aisément en la troisième, dans laquelle les deux pieds sont étendus en haut le long du ventre.

407. Dans cette troisième espèce, on saisit en même-tems les deux pieds avec une main, ou bien on les prend l'un après l'autre avec les deux mains alternativement; ce que l'on exécute en introduisant la main ouverte, et la glissant en haut jusqu'à l'extrémité du pied que l'on saisit ensuite; et, après l'avoir plié au genou, on le porte en bas, en le tournant en dedans.

408. Lorsqu'on doit laisser venir le fœtus dans la position dans laquelle il se présente, c'est-à-dire, en double, parce qu'il est déjà engagé trop avant dans le bassin, et qu'il est arrivé au passage, il faut avoir attention, comme dans l'accouchement naturel par la tête, de soutenir le périnée, et faire le demi-renversement latéral du fœtus sur le ventre, lorsqu'il sera sorti jusqu'aux aines, pour dégager d'abord les pieds étendus en haut, ensuite les bras, puis la tête.

409. Dans l'accouchement double imparfait, le fœtus présente un genou ou les deux en même-tems (§. 338): dans ce cas, la différence des espèces se déduit de la direction des pieds.

410. Dans la première espèce, le pied qui reste en-dedans est étendu en long sur le ventre; dans la seconde, le pied est plié vers le dos; et dans la troisième, les deux genoux se présentent en devant.

411. Dans le premier cas, on saisit et on tire les ge-

noux dans la position dans laquelle ils se présentent; dans le second, on convertit cette espèce en la première; mais dans le troisième, on laisse plié le genou qui se présente pour ne s'occuper que de l'autre pied, et on suit en tout les règles que nous avons données en parlant de l'accouchement imparfait par les pieds. (§. 387 *et suiv.*)

CHAPITRE III.

De la position transversale du Fœtus ayant les extrémités pendantes en bas.

412. La position transversale du fœtus, ayant les extrémités pendantes en bas, provient de ce qu'il a été imparfaitement retourné, parce qu'il avoit, dans le principe, une position vicieuse.

413. Ce genre d'accouchement contre-nature et difficile, comprend trois espèces qui dépendent du plus ou moins d'extrémités qui se présentent ensemble ou séparément.

414. Et puisque, dans toutes ces espèces, le fœtus présente le ventre en devant, il n'est pas rare de voir, à l'issue des membres, se joindre celle du cordon.

415. Dans cette position, on remarque les signes suivans : 1°. le ventre est, en général, très-défiguré et large, aplati en devant, rond, relevé et dur sur les côtés; 2°. le toucher exercé sur ces parties fait éprouver des douleurs à la femme; 3°. en général, les douleurs sont modérées, mais plus sensibles de chaque côté qu'aux lombes, du moins dans le commencement; 4°. la femme ne ressent aucun poids particulier dans les parties situées vers l'anus, comme cela a lieu lorsque la tête se présente la première; 5°. de même, elle n'éprouve pas un besoin d'uriner aussi fréquent; 6°. l'orifice de la matrice est encore très-élevé; 7°. le segment inférieur reste gros;

8°. l'orifice est oblong et ouvert en travers ; 9°. Enfin, le cordon paroît ordinairement ; et en touchant les parties du fœtus qui se présentent, on reconnoît l'espèce de position dont nous parlons.

416. Dans la première espèce, on trouve les deux pieds et une main qui se présentent en devant.

417. Il est sur-tout bien important de distinguer, dans ce cas, la main des pieds ; alors, livrant celle-ci à elle-même, on saisit et on extrait les pieds d'après les règles que nous avons données.

418. Dans la seconde espèce, les deux mains et un pied se présentent.

419. On évite les mains, et on va adroitement du pied déjà sorti à celui qui reste encore dans la matrice ; on les prend ensemble et on les extrait.

420. Ou bien, si on trouve le pied resté dans la matrice dans une position favorable, on peut effectuer l'accouchement par un seul pied.

421. Dans la troisième espèce, les deux pieds et les deux mains se présentent en même-tems.

422. Il faut alors, sur-le-champ, séparer les mains des pieds, et agir uniquement sur ceux-ci d'après les règles de l'art.

423. Ordinairement dans ce cas, le col est allongé, et la tête est portée en arrière entre les épaules : alors il est rarement besoin de donner au fœtus une position plus commode.

424. Seulement, dans les cas de cette espèce les plus difficiles, il suffira de placer un lac aux pieds, tandis que avec l'autre main introduite dans la matrice, on soulevera la tête avec précaution.

425. Par ce procédé, on parvient aisément à dégager le bras ou même les deux lorsqu'ils se présentent. A la vérité ceux-ci rétrogradent d'abord au commencement de l'opération, mais ils reparoissent bientôt à mesure que le travail avance.

CHAPITRE IV.

De la position transversale du Fœtus ayant les extrémités en haut.

426. Les causes et les signes indicateurs de cette espèce de position diffèrent peu de ceux des accouchemens dont nous venons de parler (*Chap. précéd.*) ; mais il n'en est pas de même des procédés opératoires qu'ils exigent : ceux-ci présentent des difficultés d'autant plus grandes, que les eaux se sont écoulées de meilleure heure, et que le fœtus est plus étroitement serré dans la matrice.

427. Ce genre d'accouchemens difficiles comprend deux espèces caractérisées par la présence du dos ou du ventre, les extrémités inférieures étant, dans ces deux cas, tournées en haut.

428. Dans la première espèce, l'enfant présente le dos, et les pieds sont ordinairement ou situés sur le ventre, ou étendus, ou pliés aux genoux, ou bien ils sont croisés l'un sur l'autre.

429. Si les membranes sont rompues, si les eaux sont écoulées depuis long-tems, et si le fœtus est étroitement serré dans la matrice, l'accouchement devient impossible, lorsqu'on n'a pas l'attention de donner au fœtus une position qui favorise sa sortie. C'est en cela même que consiste la préparation à l'accouchement par les pieds, ou la conversion du fœtus dans une position convenable.

430. Par conséquent, la préparation à l'accouchement consiste uniquement à faire passer le fœtus, par le moyen d'une réduction de classe, de la situation transversale dans laquelle il est en une situation perpendiculaire, dans laquelle il ait les fesses en bas; de manière

que ce genre de position se convertisse en celui d'accouchement double parfait.

431. Pour exécuter ce procédé, il faut auparavant avoir reconnu, par le moyen du toucher, de quel côté est la tête, pour se servir de la main dont on peut retirer le plus d'avantage pour exécuter l'opération qui est indiquée.

432. Dans ce cas, on porte la main en haut, le long du dos, sur la partie postérieure du col, jusqu'à la tête, qui est ordinairement étroitement serrée contre la poitrine, partie dans l'intention de dilater un peu et d'augmenter la cavité de la matrice, et partie pour dégager la tête serrée contre la poitrine.

433. Lorsqu'on est parvenu à ce point, on essaie de mouvoir peu-à-peu la tête, en la portant graduellement un peu en haut, en lui faisant décrire un quart de cercle, et en faisant ainsi tourner le corps autour de son propre axe.

434. On parvient à exécuter ce procédé en tenant la paume de la main et même l'extrémité des doigts appliqués contre la tête du fœtus, et en poussant celle-ci toujours un peu plus en haut; ensuite on exécute le même procédé sur le col et sur les épaules.

435. Pour que ce procédé réussisse, il faut en quelque sorte avoir la main fixée à un point immobile, tandis qu'on opère avec les doigts employés l'un après l'autre.

436. On doit toujours se servir des doigts l'un après l'autre, tant en devant qu'en arrière, de manière cependant qu'en les retirant, ils continuent de soutenir les parties du fœtus, déjà élevées en partie, et même qu'ils les relèvent encore davantage, afin qu'elles ne reprennent plus la place qu'elles occupoient auparavant.

437. Tout ce procédé demande à être exécuté au moyen d'un grand nombre de petits mouvemens circulaires; mais ces mouvemens doivent être composés d'autant de

petits segmens d'une grande ligne courbe, et non pas de grands segmens d'une petite ligne, autrement la tête et les parties qui restent, au lieu de s'élever, ne feroient que se serrer toujours plus étroitement contre la poitrine.

438. Par conséquent la main proprement dite ne fera aucun mouvement, mais les doigts en exécuteront un double, c'est-à-dire, de bas en haut et de haut en bas; tandis que le fœtus qu'il est question d'élever, n'exécute qu'un simple mouvement de bas en haut sur son propre axe.

439. Pendant qu'il exécute tout ce procédé, l'opérateur soutiendra le ventre de la mère, au moyen de son autre main, appliquée extérieurement, parce que, sans cette précaution, la matrice pourroit céder trop aisément.

440. Enfin, lorsqu'après plus ou moins de peines, on est parvenu à faire passer la tête du segment moyen de la matrice, au segment supérieur, les fesses se présentent alors au segment inférieur, et la position du fœtus devenue alors perpendiculaire, il ne s'agit plus que de faire un accouchement double parfait.

441. Si les pieds sont étendus en haut sur le ventre, on porte l'autre main vers les pieds en même-tems que l'on achève de presser encore davantage les fesses du fœtus contre la région iliaque opposée, et on se conduit pour le reste de l'opération comme nous avons recommandé de le faire dans l'une et l'autre espèce d'accouchement double parfait.

442. Lorsque les pieds sont croisés, ou pliés en bas à l'articulation des genoux, on les saisit alors immédiatement, et on les tire avec la même main dont on s'est servi pour retourner le fœtus.

443. Outre la dextérité dont doit être éminemment doué l'accoucheur qui exécute cette opération, il doit encore

avoir une patience et une constance à l'épreuve, afin de parvenir à effectuer l'accouchement, qu'il seroit impossible de terminer d'une autre manière, sans exposer l'enfant à être mutilé. Il est en outre d'autres moyens accessoires qui peuvent puissamment contribuer à faciliter l'opération, tels qu'une saignée faite à propos, des injections huileuses faites dans la cavité de la matrice, et, s'il est possible, l'application d'un lac aux pieds, qui, dans ce cas, doit passer entre les parties génitales du fœtus.

444. Ou bien, si on a quelque motif de croire qu'il seroit plus facile d'exécuter le procédé qui vient d'être indiqué sur les fesses elles-mêmes, on suivra à-peu-près les mêmes règles, et on terminera, au moyen du lac, le renversement du fœtus, qui, dans ce cas, est un peu plus complet.

445. Dans l'autre espèce d'accouchement, le fœtus présente le ventre en devant, et les pieds sont extraordinairement pliés sur le dos. Quelquefois il se présente une portion du cordon.

446. Dans cette espèce d'accouchement, on emploie ce même procédé que nous venons d'indiquer, mais sur la partie opposée, c'est-à-dire, sur la face antérieure du fœtus, en gardant d'ailleurs les ménagemens nécessaires à raison du visage et du cordon ; ensuite on saisit avec l'autre main les pieds au pli des genoux, et on les extrait comme ils se présentent.

447. Dans ce cas, il est également permis d'extraire un des bras ou même les deux (§. §. 287, 288.), ce qui peut singulièrement favoriser le succès de l'opération : au contraire, ce seroit agir contre les premiers principes de l'art des accouchemens (§. 88.) que de vouloir, dans ce cas, employer le procédé conseillé au §. 444.

448. Dans ces accouchemens et dans les suivans, qui ont beaucoup de rapport avec eux, et dans lesquels l'accoucheur ne doit guère moins s'attacher à extraire

le fœtus entier qu'à l'extraire vivant, on étoit autrefois dans l'usage de mutiler l'enfant, de lui couper les bras, ou de se servir de crochets, instrumens dont l'usage est souverainement dangereux pour la mère, et effrayant pour les assistans.

CHAPITRE V.

De la situation oblique du fœtus, les extrémités supérieures se présentant à l'orifice de la matrice.

449. La situation oblique du fœtus, présentant les extrémités supérieures à l'orifice de la matrice, reconnoît plusieurs causes déterminantes, et est caractérisée par des signes qui lui sont communs avec les situations dont nous venons de nous occuper : elle peut avoir lieu assez facilement, et elle devient quelquefois très-dangereuse par l'effet de l'impéritie de l'accoucheur. On la reconnoît aisément, partie à la disposition oblique du ventre vu extérieurement, partie à l'aide du toucher, et enfin à l'inspection du bras sorti. (*Tab.* 4, *fig.* 1.)

450. Lorsque le fœtus est dans cette situation, il arrive assez souvent que le bras sort de la matrice jusqu'à l'aisselle ; et dans ce cas, lorsqu'il s'est déjà écoulé beaucoup de tems depuis l'écoulement des eaux, l'accouchement est alors sans contredit des plus difficiles.

451. Dans ce cas, la préparation à l'accouchement est aussi indispensable que difficile, à raison de la situation oblique du fœtus, qui, ordinairement compliquée de celle de la matrice, demande qu'on fasse décrire un demi-cercle au fœtus, pour qu'il se présente perpendiculairement, et dans une situation convenable.

452. Ce genre de situation oblique du fœtus doit être d'abord converti en celui de la situation transversale ;

ensuite celui-ci en celui de la situation perpendiculaire pour l'accouchement double; enfin en accouchement par les pieds : de cette manière on passe de la classe au genre, du genre à l'espèce, jusqu'à la terminaison de l'accouchement.

453. A la vérité, la vie du fœtus court de grands dangers dans cette espèce d'accouchement, comme elle en court quelques-uns dans l'espèce précédente; mais du moins on prévient les accidens fâcheux qui peuvent en résulter pour la mère, et on lui épargne la cruauté des opérations qu'avoient coutume de pratiquer en pareils cas les anciens accoucheurs. (§. 448.)

454. Ce genre comprend deux espèces principales caractérisées par la direction du visage en haut ou en bas (§. 345.), soit qu'un seul bras se présente, soit qu'ils se présentent les deux.

455. Dans la première espèce, le fœtus, situé dans une position oblique, présente la nuque et les épaules; ou, ce qui est la même chose, les deux bras sont sortis, la face répond en haut, et le col est fortement appuyé contre la poitrine.

456. Dans la seconde espèce, le fœtus se présente obliquement et, pour ainsi dire, par la poitrine, ou, ce qui revient au même, les deux bras sont sortis de même que dans la première espèce, les pieds sont étendus sur le dos, la tête est renversée entre les épaules, la face répond en haut, et le col est fortement distendu.

457. Lorsque le fœtus est encore vivant, et que ses bras n'ont pas été tordus par l'effet d'un procédé maladroit, leur situation, jointe à celle de la main, suffit pour indiquer celle du corps et de la tête; mais le moyen le plus sûr de la reconnoître est le toucher.

458. Dans chacune de ces positions, il n'y a d'autre moyen à employer que d'adapter, selon les circonstances, le procédé qui a été conseillé pour les accouchemens

dans lesquels le fœtus se présente dans une position transversale. (§. 428 *et suiv.*)

459. Néanmoins, dans ces cas, après avoir déterminé la position et la direction de la tête, on porte, dans la première espèce, la main ouverte dans la matrice, de la même manière que si on vouloit aller chercher les pieds, en parcourant le long de la partie interne du bras pour aller à l'épaule, et de là au col recourbé jusqu'à la partie postérieure de la tête: dans la seconde espèce, on la porte de la poitrine au col distendu, et ensuite à la face, jusqu'à la partie antérieure de la tête du fœtus; et on procède à l'opération préparatoire à l'accouchement.

460. En suivant ce procédé, le bras sort graduellement et de lui-même en arrière, à mesure que le corps prend une meilleure position, et il n'est pas besoin de se fatiguer inutilement à le remettre d'abord en dedans, comme quelques auteurs le conseillent, parce qu'il se romproit plus aisément de cette manière.

461. Ce n'est cependant pas que le bras se retire entièrement en haut, parce qu'il arrive ordinairement que le bras, ainsi que la main, reparoissent de nouveau à côté du corps, pendant qu'on tire les pieds en bas: alors, il faut tirer en même-tems et à propos la main, pour que le bras ne vienne pas se mettre en travers, et donner lieu à de nouvelles difficultés.

462. Nous donnerons le même précepte pour les cas dans lesquels les deux bras seroient sortis.

CHAPITRE VI.

De l'Accouchement forcé.

463. PAR accouchement forcé, les François entendent seulement, tout accouchement artificiel et précipité, opéré par le moyen du renversement devenu indispensable par le danger pressant qui menaçoit la mère et

l'enfant, ou tous deux en même-tems, lors même que la tête se présente dans une bonne position, et que l'accouchement peut se terminer par les seules forces de la nature.

464. Mais, en donnant à cette expression un sens plus étendu, on peut aussi comprendre tout accouchement terminé promptement, à l'aide du forceps, lorsque ce moyen remplit la même indication, et qu'il est plus avantageux de l'employer, que de retourner le fœtus.

465. On peut aussi comprendre, sous cette dénomination, l'accouchement artificiel du second jumeau, lors même que la tête se présente dans une position favorable; parce que, lorsque la tête n'est pas encore engagée un peu avant dans le petit bassin, on peut très-bien prévenir la nature, puisqu'il est d'observation que, dans ce cas, l'accouchement opéré par le moyen du renversement, est plus facile, plus prompt, et plus sûr (§. 200.), que si on l'abandonnoit aux seules forces de la nature.

466. Comme les cas qui se rapportent à celui-ci sont assez multipliés, c'est pourquoi on trouve dans cette classe plusieurs espèces comprises dans le même genre d'accouchement.

467. Les espèces les plus remarquables qui se rapportent à ce genre sont, par rapport au fœtus: 1°. le cas dans lequel la tête se présente dans une mauvaise position; 2°. l'issue du cordon, avec, ou sans la tête; 3°. une hémorragie interne, provenant de la séparation du placenta ou du cordon; 4°. les convulsions du fœtus assez fortes pour faire craindre la rupture de la matrice.

468. Par rapport à la mère, on compte les espèces suivantes: 1°. le cas de fortes convulsions; 2°. les pertes abondantes de sang, tant par la bouche, que par le nez et par la matrice, soit qu'elles proviennent de son fond, ou de l'insertion du placenta à son orifice; 3°. le cas d'une hémorragie dangereuse, occasionnée par l'ouverture de quelques varices, lorsque le bandage de la partie et les

autres

autres moyens indiqués, ont été employés inutilement; 4°. Le cas de rupture de la matrice.

469. Si, par exemple, la face se présente dans une direction latérale (§. 467, N°. 1.), ou si le cordon s'engage en même-tems que la tête, dailleurs bien située (§. 467, N°. 2.), on porte la main sur la face, ensuite sur la poitrine, et on va chercher les pieds que l'on trouve, dans ce cas, ou étendus longitudinalement en bas, ou pliés aux genoux et en haut; d'où il résulte que cette espèce de renversement du fœtus est susceptible de s'opérer de deux manières.

470. On saisit les pieds et on tire en bas, tandis que le fœtus se retourne, ensuite il vient facilement, les eaux s'étant écoulées peu de tems auparavant, et les douleurs n'ayant pas été très-fortes depuis leur écoulement.

471. Dans les cas les plus difficiles, on peut se servir du lac et de son conducteur pour faciliter, avec l'autre main, le renversement parfait du fœtus. (*Tab.* 2, *fig.* 1.)

472. Lorsque, dans le second cas (§. 467, N°. 2.), la tête est déjà engagée trop avant dans le petit bassin, le forceps réussira beaucoup mieux; mais alors il faudra avoir égard au cordon.

473. Dans le cas d'hémorragie interne, provenant de la séparation du placenta, ou du cordon lui-même (§. 467, N°. 3.), ou de la rupture de la matrice (§. 467, N°. 4.), outre qu'il est nécessaire que l'accoucheur ait une exacte connoissance de ces diverses circonstances, il faut encore qu'il soit en état de juger, et de décider promptement, s'il est préférable de recourir au forceps, que de retourner le fœtus.

474. Cet accident grave, qui peut facilement surprendre un accoucheur peu prévoyant, se reconnoît, en général, à la tuméfaction subite du ventre, et ne se distingue jamais aussi facilement, que lorsqu'on n'a pu extraire qu'avec peine la tête après le renversement du

fœtus, parce que, dans ce cas, le placenta se trouve ordinairement détaché de la matrice.

475. La tuméfaction molle ou dure, prompte ou lente, indolente ou douloureuse de l'abdomen, sert à distinguer le cas d'hémorragie utérine interne d'une inflammation de la matrice; de même qu'une foiblesse inattendue, la prostration des forces chez la femme en travail, font distinguer l'hémorragie qui reconnoît pour cause la rupture de la matrice ou la séparation du placenta, de celle qui seroit due à la rupture du cordon.

476. Il est évident que, dans le cas de fortes convulsions du fœtus qui font craindre la rupture de la matrice (§. 467, N°. 4.), après avoir reconnu le danger, et avoir fait une bonne saignée, il sera plus avantageux de terminer l'accouchement au moyen du forceps, puisque ces convulsions ne surviennent, le plus souvent, que lorsque la tête du fœtus est fortement et depuis long-tems enclavée.

477. Dans le cas où la mère éprouve de fortes convulsions (§. 467, N°. 1.), on choisira l'un ou l'autre procédé que nous avons indiqué, et on se conduira d'après les règles que nous avons données (§. 473.)

478. L'accoucheur tiendra la même conduite, dans le cas où la mère éprouveroit une forte hémorragie par la bouche ou par le nez.

479. Mais lorsque la perte vient de la cavité même de la matrice, elle se calme assez ordinairement en même-tems que les eaux s'écoulent, ou même elle cesse tout-à-fait (§. 274.), lorsqu'elles se sont entièrement écoulées. C'est pourquoi la rupture prompte des membranes, faite artificiellement, et la provocation de l'entier écoulement des eaux, sont indiquées dans ces cas, et procurent souvent le plus grand bien.

480. La même chose a ordinairement lieu dans les cas de pertes qui reconnoissent pour cause l'insertion du pla-

centa au col de la matrice (§. 278.), lorsque la tête est au couronnement.

481. Mais il n'en est pas de même lorsque le placenta est attaché à l'orifice de la matrice : outre ce que nous avons déjà dit (§. 138 *et suiv.*), des signes auxquels on reconnoît ce cas aussi rare qu'il est dangereux, il exige encore des considérations particulières, relatives au procédé à employer.

482. Comme on ne peut remédier à ce cas, qu'en retournant le fœtus, il faut auparavant enlever tout le sang caillé contenu dans le vagin (§. 140, N°. 4.), afin d'arriver au placenta qui en est recouvert.

483. Au lieu de percer le placenta, comme le recommande Puzos, pour arriver au fœtus, il vaut mieux chercher l'endroit par lequel le sang coule plus particulièrement, qui est aussi celui où le placenta est sur-tout détaché de la matrice ; de là on porte la main plus avant, afin de le détacher entièrement, comme le conseille Levret, et on la pousse jusqu'à son bord, au-dessus duquel les membranes se rompent : on va ensuite saisir les pieds du fœtus, afin de le retourner et de l'extraire.

484. Dans ce cas, le renversement est ordinairement, et pour différentes raisons, très-facile à exécuter ; et après l'accouchement, on a peu à craindre que la perte continue ; ce qui dépend de ce que les parties de la matrice conservent encore une grande activité.

CHAPITRE VII.

Des opérations difficiles qui se pratiquent sur le Placenta.

485. Les efforts que l'on fait avant le tems pour provoquer la sortie du placenta, une mauvaise position de la femme, un procédé vicieux de la part de l'accoucheur,

et l'action de tirer sur le cordon (*Théor.* §. 732.) peuvent, pour ce qui regarde le placenta, convertir le cas le plus facile et le plus naturel en un cas contre-nature et des plus difficiles.

486. L'insertion du placenta à la matrice n'est point l'effet du hasard, mais elle dépend de causes réelles qui la déterminent (*Théor.* §. 360.); c'est d'elle que dépendent tous les phénomènes qui accompagnent les différentes espèces d'obliquité de la matrice (*Théor.* §. 370.); et c'est elle aussi qui donne lieu aux accouchemens contre-nature et difficiles (§. 123.): à plus forte raison, doit-on y rapporter la cause de plusieurs opérations difficiles que l'on exécute sur le placenta, puisqu'en effet, dans ces sortes de cas, la forme du placenta et son insertion à la matrice sont entièrement contre-nature.

487. Comme on reconnoît l'obliquité de la matrice par des signes extérieurs, même avant l'accouchement, (§. 130 *et suiv.*); on la reconnoît aussi après l'accouchement, principalement avant la sortie du placenta par l'endroit qu'occupe une tumeur dure et circonscrite formée par la matrice (§. 132, nº. 1.); tumeur qui annonce qu'on éprouvera de la difficulté à extraire le placenta.

488. L'expérience physique, de laquelle il résulte qu'un morceau rond de cuir mouillé, posé sur une pierre polie, est plus difficile à se détacher lorsqu'on le tire avec une ficelle fixée à son centre, que si cette ficelle étoit fixée par-tout ailleurs qu'à son centre, ne peut pas s'appliquer au cas d'insertion excentrale du cordon, comme le pensoit Levret; car le contraire a lieu dans ce cas.

489. Et puisqu'il n'est pas prudent de tirer le cordon lorsqu'il ne se termine pas au centre du placenta, parce qu'on s'exposeroit à le rompre par ce procédé, au lieu de suivre la méthode de Levret, qui ne peut nullement être applicable dans ce cas, il est, sans contredit, préférable de séparer le placenta avec la main, lorsqu'il

adhère encore fortement aux parois de la matrice, et que son insertion exige l'emploi de cette opération.

490. La séparation du placenta des diverses régions de la matrice, principalement lorsque le cordon n'est point encore sorti, constitue par conséquent la première espèce d'opérations difficiles à pratiquer sur le placenta (§. 349.)

491. On reconnoît la nécessité de cette opération à l'attache encore ferme du placenta à la matrice; et on juge que cette attache a lieu lorsque, lâchant tout-à-coup le cordon après l'avoir tiré, toute la partie qui étoit sortie en le tirant rentre en-dedans avec autant de promptitude qu'il étoit sorti. (*Théor.* §. 726.)

492. La petite cavité de la matrice qui renferme le placenta pourroit difficilement laisser assez d'espace pour exécuter, dans ce cas, le procédé de Levret (§. 489.), et renverser ainsi de bas en haut le placenta par un procédé particulier. D'ailleurs, il pourroit se présenter d'autres obstacles qui s'opposeroient à cette manière d'opérer, fondée mal-à-propos sur l'expérience physique dont nous avons parlé plus haut (§. 488.)

493. D'après le conseil de Dehoorn et de quelques autres, il faut séparer le placenta comme si on vouloit lever l'écorce d'une orange, ou comme si on vouloit enlever un morceau de pâte de dessus une table sur laquelle on n'auroit pas mis de farine auparavant. On doit séparer peu à peu, avec l'extrémité des doigts d'une main ouverte, les fibres qui unissent le placenta aux endroits des parois de la matrice auxquels il est adhérent, jusqu'à ce que le placenta soit détaché en entier, et qu'il soit contenu dans la main de l'accoucheur, qui alors le serre avec le pouce et l'extrait; ou bien on le tire dehors à l'aide du cordon seul.

494. Si le placenta est attaché à la paroi postérieure de la matrice, on peut se servir indistinctement de la main droite ou de la gauche pour le séparer.

495. Mais si, comme cela a lieu le plus communément, le placenta est attaché à l'un ou à l'autre des côtés de la matrice, il faut employer la main dont le dos se trouve du côté opposé à celui qui donne attache au placenta.

496. Il faut par conséquent, dans ce cas, connoître auparavant, au moyen de leurs signes particuliers (§. §. 132, 487.), la situation de la matrice et le siége du placenta.

497. Cependant, dans différens cas difficiles de cette espèce, de même que dans ceux où le placenta est chatonné, principalement lorsque la matrice est située très-obliquement, on se sert beaucoup plus commodément de la main d'une manière opposée (§. 495.), parce que alors on opère la séparation du placenta de haut en bas : en outre, dans ce cas, il convient d'avoir la main, dont on ne se sert pas, appliquée en dehors sur le bas-ventre.

498. Pour opérer le détachement du placenta, on saisit avec une main le cordon que l'on tourne une ou deux fois autour de quelques doigts, et on tire légèrement à soi, tandis que, suivant la direction du cordon, on porte l'autre main dans la matrice.

499. En pénétrant dans la matrice, le carpe de la main doit répondre au cordon, et les doigts doivent en être écartés, afin de les introduire plus aisément entre les membranes qui pendent et la substance de la matrice.

500. Ensuite on va jusqu'au rebord du placenta, autour duquel on tourne, pour, en même-tems que l'on tire un peu à soi le cordon, chercher si, par hasard, le placenta n'est pas déjà en partie séparé à quelque endroit.

501. Alors, ou l'on continue de séparer toujours de plus en plus le placenta avec l'extrémité des doigts, ou bien on commence à le détacher avec précaution, et lorsqu'on l'a détaché entièrement, on l'extrait d'après l'une des méthodes que nous avons décrites. (§. 493.)

502. Si le placenta est fixé à la paroi antérieure de la matrice, on se sert très-commodément du pouce de l'une ou l'autre main pour le détacher, tandis que, au contraire, dans les autres cas, on se sert de tous les doigts, excepté le pouce.

503. Dans le plus grand nombre de ces cas, il convient d'appliquer extérieurement la main sur le ventre de la femme, du côté opposé ou du même côté. (§. §. 292, 293, 497.)

504. La seconde espèce d'opérations que l'on pratique sur le placenta a beaucoup d'analogie avec la précédente, excepté cependant dans le cas où, par suite d'un mauvais procédé, on a rompu le cordon, parce que alors on manque et de guide pour introduire la main, et du secours qu'il fournit pour extraire le placenta.

505. Lorsqu'on a bien reconnu la nature du cas dont il s'agit, il est facile, d'après ce qui a été dit plus haut, d'adopter un plan de conduite pour les cas de cette espèce.

506. L'accoucheur ne pourra employer plus convenablement la main dont il ne se sert pas, qu'en la posant sur le ventre de la femme. (§. 497.)

507. La troisième espèce d'opérations est relative au cas un peu plus rare et incomparablement plus difficile, dans lequel le placenta est chatonné, et dont Peu a le premier fait mention, quoique d'une manière fort obscure.

508. Levret est le premier qui a décrit ce cas rare avec exactitude, quoiqu'on trouve dans Sigmundin quelques détails assez intéressans sur cet objet, et auxquels on ne se seroit point attendu.

509. Les causes qui déterminent cet accident, sont en partie l'insertion du placenta sur le côté, et en partie une activité et une contraction inégales de la matrice.

510. Quelquefois cependant on rencontre le placenta emprisonné, même dans le fond de la matrice, ce qui a lieu, parce que les fibres circulaires moyennes de son corps se sont contractées, et l'ont divisé en deux cavités ;

ce qui lui fait, en quelque sorte, affecter la forme d'une vessie de poisson.

511. Cet accident peut être complet ou incomplet, selon que le placenta est en totalité ou en partie renfermé dans la cellule particulière de la matrice.

512. Outre que, dans ce cas, on remarque d'assez bonne heure que la partie maternelle du cordon est raccourcie d'une manière remarquable, on distingue encore mieux cette disposition particulière au moyen du toucher.

513. Lorsque le placenta est complètement emprisonné (§. 511.), si on porte la main derrière le cordon, elle ne rencontre point de placenta dans la cavité de la matrice, mais elle remarque seulement une petite ouverture traversée par le cordon, qui pourroit faire croire que la matrice est percée, et que le placenta a pénétré dans la cavité abdominale.

514. Dans ce cas, on introduit d'abord un doigt, puis un autre, par le trou que l'on rencontre dans la matrice, et on dilate peu-à-peu cette ouverture en écartant les doigts, comme lorsqu'il est question de dilater l'orifice, jusqu'à ce qu'on ait introduit toute la main que l'on porte derrière le placenta caché, pour le séparer de la matrice, et l'extraire d'une manière convenable.

515. Après avoir séparé et extrait le placenta, on porte de nouveau la main dans la matrice, pour rendre son resserrement ultérieur aussi uniforme que possible.

SECTION III.

De la Théorie générale des Accouchemens contre-nature et difficiles par la tête.

516. Quoique l'accouchement par la tête se termine quelquefois avec assez de facilité, lors même que celle-ci se présente dans une mauvaise position, on ne doit

pas moins l'appeler accouchement contre-nature, de même que l'accouchement facile par les pieds (§. 14.)

517. Mais les accouchemens contre-nature et difficiles par la tête, réclament nécessairement l'usage des instrumens.

518. On entend, par conséquent, par accouchement difficile par la tête, cette opération par laquelle le fœtus ne sort pas par les pieds, mais bien artificiellement par la tête, les pieds sortant les derniers

---

CHAPITRE PREMIER

De l'Accouchement difficile par la tête, et de ses différences.

519. Lorsque le fœtus présente en premier lieu la tête à l'orifice de la matrice, celle-ci peut être bien ou mal située.

520. La tête du fœtus qui se présente en premier lieu dans une mauvaise position, peut, ou éprouver seulement un obstacle à sa descente dans le bassin, et être arrêtée au passage, ou être resserrée ou enclavée.

521. La mauvaise position de la tête du fœtus a lieu de deux manières : elle peut être *oblique* ou *inique*.

522. On dit que la tête est située *obliquement*, quand l'axe perpendiculaire du fœtus ou de la tête, qui, dans le principe de l'accouchement, doit passer par la partie postérieure de la tête, et non par le vertex, comme cela a lieu dans un autre tems, mais non pas pendant l'accouchement, ne répond pas en une seule et même ligne à l'axe de la matrice et du bassin (*Théor.* §. 371.)

523. La tête du fœtus peut encore être située obliquement, même dans une matrice qui est dans une bonne position : dans ce cas, il n'y a qu'un seul obstacle à surmonter.

524. Il arrive cependant, et cela a lieu le plus souvent, que la matrice, le fœtus et la tête, sont tous ensemble dans une situation oblique (§. 142); et dans ce cas, il y a un double obstacle à surmonter.

525. L'obliquité de la matrice, du fœtus et de sa tête, est tantôt parfaite, et tantôt imparfaite (*Théor.* §. 373.): d'où il résulte que la difficulté à l'accouchement est plus ou moins grande.

526. Ces difficultés à l'accouchement, prises ensemble ou séparément, peuvent avoir lieu tantôt au détroit supérieur, tantôt au détroit inférieur du bassin : elles ont coutume de former obstacle à la descente de la tête du fœtus dans la cavité du bassin, et de la faire rester plus ou moins long-tems au passage (§. 520.)

527. On dit que la tête est située *iniquement*, lorsque son axe longitudinal (*Théor.* §. 458.) s'écarte du petit diamètre du bassin (*Théor.* §. 461 *et suiv.*)

528. Dans ce cas, l'axe longitudinal de la tête correspond ordinairement à l'un ou à l'autre des diamètres obliques du bassin, d'après Deventer; et l'on dit alors que la tête est située d'une manière inique, la face en arrière.

529. Si l'axe longitudinal de la tête s'écarte tellement du petit diamètre du bassin, qu'il réponde au grand diamètre du même bassin (*Théor.* §. 461.), tandis que l'axe transversal est transporté vers le petit diamètre; alors on ne dit plus que la tête est située d'une manière inique, mais bien qu'elle est située transversalement, ayant la face de côté.

530. Si la tête s'écarte encore de cette position, de telle manière que son axe longitudinal se porte plus en devant pour s'approcher davantage du petit diamètre du bassin, l'axe transversal se tourne d'autant vers le grand diamètre; et alors on ne dit plus que la tête est située transversalement, ayant la face de côté, mais bien qu'elle est située d'une manière inique en devant.

531. Dans ce cas, l'axe longitudinal de la tête a coutume de correspondre de nouveau, mais d'une manière inverse, à l'un ou à l'autre des diamètres obliques du bassin, d'après Deventer ; et l'on dit que la tête est située d'une manière inique, la face en devant.

532. Lorsque la tête présente bien son axe longitudinal, mais d'une manière inverse et contre-nature (§. 69.), dans le petit diamètre du bassin, on dit alors que la tête présente la face en devant.

533. Ces obstacles à l'accouchement, peuvent également se rencontrer au détroit supérieur et au détroit inférieur du petit bassin.

534. Quand les difficultés, provenant de la situation inique de la tête, sont accompagnées de celles de la situation oblique, cette réunion de difficultés rend l'accouchement d'autant plus difficile.

535. L'obliquité parfaite de la matrice et du fœtus a coutume de se changer, même pendant l'accouchement, en obliquité imparfaite (*Théor.* §. 376; *Prat.* §. 144.); mais cela n'a pas lieu dans le cas de situation inique de la tête; ou du moins il est rare que la tête, située transversalement et la face de côté, prenne l'une ou l'autre des positions iniques; mais l'enfant vient au monde sans changer aucunement de situation, et conservant jusqu'à la fin de l'accouchement celle qu'il avoit dans le principe.

536. Les choses se passent d'une manière toute différente, et l'accouchement est incomparablement plus difficile lorsque la tête du fœtus est réellement enclavée ou emprisonnée (§. 520.)

537. On dit que la tête est enclavée ou emprisonnée lorsqu'elle se trouve étroitement engagée dans le bassin, à la manière d'un clou dans un mur, de sorte que les douleurs ne peuvent pas la faire descendre davantage dans le bassin, et qu'il n'est pas possible de la repousser en haut.

538. La tête du fœtus peut être enclavée, ou au détroit supérieur du petit bassin, ou au détroit inférieur, ou dans l'espace intermédiaire.

539. Elle peut en outre être enclavée, non-seulement dans une, mais encore dans plusieurs positions différentes.

540. Il est facile de concevoir, que lorsque les derniers obstacles viennent se réunir aux premiers (§. 519 *et suiv.*), l'accouchement devient d'autant plus difficile que ces obstacles sont plus puissans et plus nombreux.

541. L'enclavement de la tête a différens degrés que l'on peut réduire à trois principaux.

542. Néanmoins, la différence de ces degrés n'est pas toujours aussi facile à déterminer au premier coup-d'œil, que pendant le tems que l'on fait des tentatives pour terminer l'accouchement.

543. Le premier degré d'enclavement peut quelquefois être surmonté par les seules forces de la nature, quoiqu'elle ne le fasse pas toujours sans danger pour la mère et pour l'enfant.

544. La nature peut quelquefois aussi surmonter seule le second degré d'enclavement, mais seulement après la mort de l'enfant; et, dans ce cas, la mère court le plus grand danger.

545. C'est pourquoi le second degré d'enclavement exige quelquefois absolument l'emploi d'instrumens.

546. Dans le troisième degré d'enclavement, la nature ne peut seule terminer l'accouchement, ce qui rend encore plus indispensable l'emploi d'instrumens.

547. Dans ces cas, l'accouchement ne peut être rendu possible, ni être terminé, sans que l'on convertisse l'un en l'autre ces divers degrés d'enclavement.

548. Le forceps, qui ne peut être remplacé par aucun autre instrument, contribue très-bien à vaincre promptement les obstacles que présente le premier degré d'enclavement de la tête, par l'allongement gradué

et la diminution du volume de la tête qu'il opère : par son usage, on parvient à terminer l'accouchement promptement et avec succès.

549. Suppléant en quelque sorte à l'action des douleurs par l'emploi du forceps, on transforme, à l'aide de cet instrument, l'enclavement du second degré en celui du premier, et à mesure que l'opération avance, on parvient également à lever le premier degré d'enclavement. De cette manière, on facilite et on rend l'accouchement possible, et quelquefois on est assez heureux pour conserver la vie à l'enfant, mais jamais sans de grandes difficultés.

550. Le labimètre (mesure du forceps) sert à mesurer le passage rétrograde des degrés l'un en l'autre (§. 546.), dans chacun de ces procédés (*Tab.* 7, *fig.* 3.)

551. Dans le troisième degré d'enclavement, la nature ne pouvant presque rien par elle-même (§. 546.), le forceps seul réussit même assez rarement. Quoique cet instrument fasse passer la tête du troisième degré d'enclavement au second, il ne peut pas toujours la faire passer parfaitement du second au premier, ni même détruire celui-ci, de manière (§. 548.) que l'on puisse opérer l'accouchement comme lorsque l'enclavement est moindre (§. 549.)

552. Dans ce cas difficile, il faut, après avoir essayé le forceps, qui est l'instrument le moins capable de nuire au fœtus, lorsqu'il est manié par une main habile, convertir, à l'aide du perforateur, le troisième degré d'enclavement en celui du second, et ensuite, à l'aide du forceps, le second en premier, et opérer ainsi l'extraction de la tête.

CHAPITRE II.

Des causes des accouchemens difficiles par la tête.

553. Les différentes espèces d'obliquité de la matrice étant en général la cause la plus fréquente des accouchemens contre-nature et des accouchemens difficiles (§. 123.), et cette obliquité dépendant des divers points de la matrice où le placenta est implanté (*Théor.* §. 375. *Prat.* §. 138.), nous considérerons cette cause, tant sous le rapport des différentes situations obliques du fœtus et de la tête, que sous celui de sa position inique dans l'accouchement.

554. Les accouchemens difficiles par la tête, dépendans d'une position inique ou d'une position oblique de la tête, reconnoissent par conséquent les mêmes causes que celles qui donnent lieu aux autres positions vicieuses du fœtus, c'est-à-dire, l'implantation extraordinaire du placenta dans la cavité de la matrice, et l'obliquité de la matrice elle-même qui en résulte ordinairement; mais il y a cette différence que cette dernière ne peut point être un obstacle capable d'empêcher le fœtus de prendre une position favorable à l'accouchement.

555. C'est-à-dire, que, dans le principe, le placenta a ordinairement son insertion au fond de la matrice, mais un peu plus en avant qu'en arrière (*Théor.* §. 359.); et, dans ce cas, pour ce qui regarde le rapport des parties du fœtus et de l'œuf (§. 107 *et suiv.*), on remarque que le fœtus est dans la matrice dans une position telle que sa face répond, pour ainsi dire, au placenta, ou que celui-ci se trouve vis-à-vis la poitrine ou le ventre.

556. Lorsque le fœtus se retourne pour prendre une position favorable à l'accouchement, ce qu'il ne peut faire qu'à raison de la propension qu'a la tête à se porter

en devant (*Théor.* §. 444.), la tête du fœtus suit ce mouvement, et se place obliquement dans le sens opposé ; ce qui fait que, dans la situation naturelle de la tête, lors de l'accouchement, sa partie antérieure répond à la cavité de l'os sacrum, et la partie postérieure aux os pubis.

557. Mais lorsque le placenta a son insertion à quelques autres points de la matrice, le fœtus n'a pas, dans le principe, une bonne position, mais il en a, au contraire, une vicieuse : alors il en résulte que le renversement ne peut se faire que d'une manière vicieuse ; et c'est de là précisément que dépendent en particulier les diverses positions vicieuses de la tête dans l'accouchement.

558. Cette théorie est confirmée par nombre d'observations dans la plupart des cas.

559. Et pour s'en convaincre, il ne faut que faire attention, dans l'accouchement, au passage de la tête ou du corps du fœtus, et ensuite à l'endroit où s'insère le placenta.

560. Comme le siége du placenta se connoît extérieurement avant l'accouchement, et comme dans l'accouchement il répond à la face du fœtus, relativement à la tête ; de même aussi, après avoir bien observé le passage de la tête et du corps du fœtus, on reconnoît aisément les signes qui indiquent le point d'insertion du placenta à la matrice, même immédiatement après l'accouchement (§. §. 132, 487.) ; et si l'on veut s'assurer plus positivement de ce point d'insertion, sans introduire la main dans la matrice, il suffit de faire attention au passage du placenta, et à la direction du cordon.

561. Outre la fausse insertion du placenta, considérée comme cause du renversement imparfait du fœtus, laquelle donne lieu à une mauvaise position du fœtus et de sa tête (§. 553 *et suiv.*), la disproportion de la

tête et du bassin oblige la tête à prendre une position inique dans le bassin, et occasionne très-fréquemment un accouchement difficile.

562. Dans la plupart des cas de cette espèce, la tête prend dans le bassin une position transversale, et la face se place de côté (§. 529.).

563. Enfin, une autre cause particulière et assez commune d'accouchemens difficiles, tant par la tête que par les pieds, est le resserrement du fœtus dans la matrice contractée spasmodiquement, ou autour de son corps, ou autour de quelques-unes de ses parties.

564. Dans ce cas, pour lequel l'application prompte du forceps réussit quelquefois, souvent une saignée, l'usage interne et externe des anti-spasmodiques et le repos, réussissent mieux que tous les procédés et la force qu'on pourroit employer, et que l'on essaie ordinairement en vain, sur-tout lorsqu'on veut retourner le fœtus; tandis que ces secours font assez souvent cesser tous les obstacles, ou du moins mettent en état de pouvoir ensuite employer celui de ces procédés qui sera reconnu le plus avantageux. Il est peu de praticiens observateurs qui n'aient rencontré quelques cas semblables.

565. Les causes de l'enclavement de la tête dépendent en grande partie, ou de la grosseur de la tête, relativement au bassin, ou de l'étroitesse du bassin, relativement au volume de la tête.

566. Si, par hasard, le vice de la tête se trouve combiné avec celui du bassin, il en résulte que les obstacles à l'accouchement sont encore plus grands.

567. Et si à ces vices de la tête et du bassin se joint encore celui d'une situation oblique ou inique de la tête, la difficulté et le danger doivent être en raison du nombre et de la gravité de ces vices.

568. La tête située dans la position la plus avantageuse peut aussi s'enclaver dans l'un des trois degrés dont

nous

nous avons parlé (§. 541.), à l'un ou à l'autre des détroits du bassin.

569. Quoique la grosseur de la tête ou l'étroitesse du bassin soit la principale cause de l'enclavement, il n'en est pas moins vrai qu'une tête d'un volume démesuré ne peut s'enclaver dans un bassin qui a les dimensions naturelles, ni une tête médiocre dans un bassin très-étroit, ou simplement aplati (*Tab.* 10, *fig.* 1, 2, 3, 4.).

570. Dans ce cas, la tête, au lieu de s'engager dans la cavité du bassin, s'échappe plutôt de côté, ou se resserre, et s'engrave en quelque sorte vers la fin du travail ; ce qui fait que, dans le commencement de l'accouchement, il est difficile de prendre un bon parti, et de décider s'il est préférable, ou de retourner l'enfant, ou de tenter l'extraction de la tête, au moyen des instrumens, ou de pratiquer l'opération césarienne.

571. Comme différens accouchemens difficiles par la tête, et plusieurs autres circonstances particulières nécessitent l'emploi de quelques instrumens, il est nécessaire de bien connoître ces instrumens, leur manière d'agir, les cas dans lesquels il convient de les employer, et de se rendre en quelque sorte leur usage familier, pour, dans l'occasion, s'en servir avec prudence et dextérité.

CHAPITRE III.

Des instrumens les plus utiles dans la pratique des accouchemens.

572. L'IMMENSE quantité de tenailles ou de forceps que l'on s'est plu à imaginer, prouve suffisamment l'importance que la plupart des accoucheurs ont mis à trouver un moyen de provoquer l'accouchement par la tête, préférable à l'usage des crochets, et autres instru-

mens semblables, malheureusement trop employés pendant un tems.

573. La première idée du forceps se trouve dans l'ouvrage de Jacob Ruff, qui vivoit vers le milieu du seizième siècle. Depuis cette époque jusque vers le milieu du siècle dernier, on a fait à cet instrument des changemens presque à l'infini, et qui l'ont tellement altéré qu'on ne reconnoît plus en lui l'instrument décrit par Ruff.

574. De tous ces instrumens, celui qui mérite la préférence est, sans contredit, le forceps de Levret, tel que cet auteur en a donné la dernière correction, ou le tire-tête à axe tournant, qui n'a été connu qu'en 1760. Le forceps anglois, auquel Smellie ne donna que le nom, venoit originairement de Chamberlain père et de ses trois fils, et il n'a été connu de Smellie que vers l'an 1737. Il doit céder le pas à celui de Levret, quoique, pour le rendre plus utile, on y aït adapté les principales corrections de celui de Levret (*Tab.* 5, *fig.* 1. *Tab.* 6, *fig.* 1. *Tab.* 7, *fig.* 1. *Tab.* 8, *fig.* 1.).

575. Le forceps de Levret se divise en deux branches; celle qui porte l'axe tournant s'appelle *branche mâle*, et *branche femelle* celle qui a dans son milieu une ouverture allongée et quadrangulaire.

576. Chacune des branches de cet instrument est composée de la cuiller, qui affecte une double courbure, du manche, et de la partie moyenne qui sert à les unir.

577. Dans chaque cuiller se remarque une longue et large ouverture qui se prolonge presque jusqu'à l'endroit où elles se réunissent, et à la face interne est une large dépression qui imite assez bien un sillon plein.

578. L'axe est fixé, et cela à dessein, à la cuiller, qui, d'après la manière de se servir de l'instrument, répond au côté gauche de la matrice.

579. En général, tout l'instrument est proportionné

aux parties de la mère et à la tête du fœtus; et en particulier l'ouverture inférieure de l'instrument est un peu plus grande que la supérieure, tant en réalité qu'en apparence.

580. La facilité d'unir les branches, la fermeté et la sûreté de cette union, assurent à cet instrument une préférence marquée sur tous les autres.

581. Il n'y a pas jusqu'au manche de cet instrument qui, quoique désapprouvé de plusieurs accoucheurs, parce qu'ils sont peu habitués à s'en servir, et qu'ils l'ont cru dangereux, ne réunisse des avantages qui le rendent fort utile dans certaines opérations.

682. Outre la vis, on peut aussi ajouter à cet instrument, une petite bandelette qui, dans certains cas extraordinaires, est d'un grand avantage. (*Tab.* 5, *fig.* 2.)

583. Enfin, on a ajouté à cet instrument un labimètre, (mesure du forceps), qui n'est autre chose qu'un compas de proportion, au moyen duquel on connoît, par la distance des manches, le degré d'ouverture des cuillers. (*Tab.* 7, *fig.* 3.)

584. Ce petit instrument n'a pas seulement l'avantage, comme le céphalomètre (mesure-tête), de mesurer le volume de la tête d'un enfant, encore renfermé dans le sein de la mère; mais il sert encore très-bien, dans le tems de l'opération, à indiquer le passage rétrograde des degrés de la paragomphose (§. §. 542, 550.), ou de l'écartement des os du bassin.

585. Différens accoucheurs, cherchant à perfectionner le forceps de Levret, ont proposé d'y faire quelques changemens. Les uns n'ont point aimé les cuillers, d'autres les manches, d'autres le moyen d'union: ils ont proposé de faire des changemens, tantôt à l'une, et tantôt à l'autre de ces parties. Mais, plus ils ont fait de changemens à cet instrument, plus ils l'ont gâté; et tous leurs efforts ne nous ont donné, jusqu'à ce jour, que des instrumens très-imparfaits.

586. Ainsi Fried le fils nous a donné un forceps qui réunit les manches et le moyen d'union de celui de Smellie, aux cuillers de Levret. Cet instrument, et d'autres semblables, de nos réformateurs modernes, ont été approuvés par ceux qui ne savent ni apprécier suffisamment toutes les perfections du forceps de Levret, ni s'en servir avec la dextérité qu'il exige.

587. Le changement que ce même accoucheur a fait au dernier forceps de Smellie, dont auparavant on pouvoit se servir avec discrétion, est bien autrement important. Le manche de la seconde branche se meut autour de son propre axe au moyen d'une vis, et la cuiller est susceptible de prendre une triple direction par le moyen d'un ressort. L'avantage qu'a eu en vue par-là l'auteur, est d'unir plus facilement les manches dans les cas difficiles; mais je pense que dans ces cas on ne pourra y parvenir, à moins de placer, d'une manière très-inégale, les cuillers qui se heurteront ensuite l'une contre l'autre : d'ailleurs, la tête ne sera saisie ni aussi bien, ni avec autant de sûreté.

588. Mais, une dégénération tout-à-fait monstrueuse du forceps de Levret, est l'instrument proposé depuis peu par Coutouly et Lauvergeat, destiné à tirer sans exercer aucune compression. Peut-être l'instrument de Gaëtan Lodi de Bologne, qui est muni d'un régulateur, n'est-il qu'une variété de ce fantôme de forceps.

589. Le forceps italien de Santorelli, n'ayant point les avantages que lui attribue son auteur, et n'étant recommandable sous aucun rapport, je me dispenserai d'en faire mention.

590. Au reste, depuis que l'on connoît le forceps courbe, on a rejeté entièrement tous les instrumens droits de cette espèce, comme étant très-incommodes à introduire, et très-dangereux à extraire.

591. On peut aussi se contenter d'un seul forceps bien fait, d'une longueur ordinaire, pour l'employer au be-

soin selon l'exigence de chaque cas, et ne point multiplier les instrumens sans nécessité. Le moyen qui réussit dans un cas de grande importance, peut aussi convenir dans un autre moins important.

592. Il est encore un nombre infini d'instrumens semblables que l'on n'emploie plus aujourd'hui, tels que le forceps de Ruff, de Schlevogt, de Puisseau, de Burton, de Palfin, de Gilles-le-doux, de Petit, de Grégoire, de Soumain, de Dussée, de Mesnard, de Bing, de Janck, de Ratlauu, de Schlichting, de Roonhuys, de Chamberlain, de Chapmann, de Giffard, de Frekes, de Pugh, etc. et les premiers de Levret, que l'on ne fait plus que rappeler, sans chercher à faire connoître leurs avantages et leurs inconvéniens.

593. Mais, sous le rapport de la singularité, le nouveau forceps anglois de Johnson, rendu public depuis 1769, et dont les cuillers sont très-courtes, et extraordinairement recourbées, mérite peut-être qu'on en fasse mention d'une manière plus particulière. Cet instrument ne peut être de quelque utilité que lorsque la tête est déjà entièrement engagée dans le vagin, et qu'elle est disposée à sortir.

594. Le forceps anglois à trois branches, imaginé par Leake, est encore plus nouveau et plus extraordinaire, car la troisième branche est non-seulement parfaitement inutile, mais, ce qu'il y a de pire, c'est qu'elle est extrêmement dangereuse; d'où il résulte que cet instrument ne peut être d'aucune utilité.

595. Ce seroit ici le cas de faire mention du forceps pour les fesses, qui a été rendu public à Vienne par Steidèle, et qui a paru avec quelque apparence d'amélioration. Mais cet instrument n'est qu'une imitation de celui de Mesnard, et mérite d'être rangé dans la dernière classe des crochets.

596. L'insuffisance du forceps dans plusieurs cas, ou du moins des instrumens les plus imparfaits des tems

reculés, est prouvée par la quantité d'autres instrumens qui ont été imaginés et proposés pour ouvrir la tête.

597. Malheureusement l'invention de ces sortes d'instrumens est beaucoup plus ancienne que celle du forceps, puisqu'il en a été fait mention du tems de Moschion.

598. Parmi les instrumens de cette espèce les plus modernes, on compte le perforateur de Fried, celui d'Ould, de Roederer, de Valbaum, de Smellie, et enfin de Levret.

599. Le nouveau perforateur de Rœderer est une correction de celui de Fried, de Denys, et d'Ould.

600. Mais les perforateurs de Smellie et de Levret, sont des inventions nouvelles qui appartiennent à leurs auteurs, et qui semblent se disputer la préférence. Néanmoins, il est hors de doute que celui de Levret l'emporte en avantages sur celui de Smellie (*Tab.* 3, *fig.* 2. *Tab.* 1, *fig.* 3.)

601. Le perforateur de Smellie a été corrigé sans nécessité par Fried le fils, qui a également corrigé, ou plutôt gâté celui de Levret.

602. Klees et Orme se sont tous deux donné beaucoup de peine pour utiliser le perforateur de Smellie, le premier, en voulant le garnir d'une gaine, et l'autre, en voulant seulement recourber sa pointe. (*Tab.* 11, *fig.* 2 *et* 4.)

603. Sans contredit un tel instrument, construit d'après les principes de Smellie et de Levret, et qui seroit pourvu d'une pointe recourbée, telle que le propose Orme, auroit un grand avantage sur tous les précédens. (*Tab.* 11, *fig.* 1 *et* 3.)

684. Le bistouri de doigt de Rœderer, qui est destiné à servir au démembrement du fœtus dans le sein de la mère, mérite d'être cité ici, et pourroit être employé avec avantage dans certains cas extrêmement rares. (*T.* 4, *fig* 2 *et* 3.)

605. Il est aisé de voir que cet instrument n'est autre chose qu'une correction assez bien imaginée, du bistouri de doigt de Simpson, auquel on ne peut méconnoître la

correction de Stark, qui consiste en un second anneau, ajouté à la pointe.

606. A l'égard des autres instrumens, la plupart plus anciens, qui ont été imaginés pour percer la tête, tels que ceux de Bing, de Mauriceau, de Mesnard, de Pean, de Baquie, de Simpson, de Denys, de Moschion, de Burton, il suffit, pour les motifs que nous avons rapportés (§. 586.), d'en avoir fait mention.

607. Le coupe-tête de Fried père, pour la perforation de la tête, est un instrument parfaitement inutile, de même que la cuiller qu'il a imaginée pour vider le cerveau: du moins, sont-ils tous deux beaucoup plus incommodes que véritablement utiles.

608. Après avoir percé la tête, on se sert du forceps ou de la tenette dentelée, connue sous le nom de *tenette de Mesnard*. (*Tab.6, fig. 2.*)

609. Différens autres instrumens de cette espèce, et dont l'emploi est encore plus dangereux, ont été imaginés, telles sont les tenailles d'Albucasis, de Schuler, de Mittelhausser, de Puisseau, de Fried fils, de Puzos, etc.; le tire-tête de Mauriceau, de Fried père, etc.; de même que la large tenaille pour l'extraction des os, appelée *tenaille de Plenck*.

610. Le genre des crochets qui étoit déjà connu du tems d'Hyppocrate et de Celse, tient le premier rang parmi ces instrumens sous le rapport de l'ancienneté; et on peut très-convenablement en distinguer de trois espèces.

611. Nous avons malheureusement beaucoup plus de ces instrumens qu'il ne nous en faut; et cela dépend probablement de ce qu'on s'en servoit beaucoup plus autrefois, qu'on ne fait à présent. Nous en avons qui sont très-tranchans; nous en avons qui sont pointus; nous en avons à une et à deux dents; nous en avons des simples, des doubles, en forme de hameçon, des obtus; nous en avons même des boutonnés; d'autres qui se terminent par une ou plusieurs pointes; nous en avons des

droits, des courbes; d'autres qui affectent la forme de cuillers, de tenailles, etc. etc.: à peine leurs inventeurs, tels que Paré, Grégoire, Mesnard, Peu, Pétermann, Burton, Frekés, Fried, Steidèle et autres, méritent-ils qu'on fasse mention d'eux et de leurs instrumens.

612. Les crochets courbes de Smellie, dont Levret a corrigé les manches, sont préférables à tous les autres, et peuvent souvent être utiles dans certains cas, principalement lorsque la tête, après avoir été perforée, vient la dernière. Mais il ne peut jamais être avantageux de les employer les deux ensemble, à la manière du forceps.

613. En parlant des crochets, il n'est pas inutile de faire mention du crochet à gaîne de Levret, dont on peut se servir avec avantage dans certains cas désignés par l'auteur.

614. On a encore imaginé un grand nombre de tire-têtes, dans la persuasion qu'ils pouvoient être utiles, lorsque dans l'accouchement par les pieds, la tête séparée du corps est restée dans la matrice; ce qui donne à penser que ces cas étoient beaucoup plus fréquens autrefois qu'à présent, quoique malheureusement on en voit encore arriver de semblables de nos jours.

615. On peut, en général, diviser en deux espèces ce genre d'instrumens, selon qu'ils sont destinés à agir sur la voûte du crâne ou sur sa base: les premiers sont ordinairement préférables aux seconds.

616. Parmi ceux de la première espèce, qui ont été particulièrement imaginés pour les cas dans lesquels la tête séparée étoit restée dans la matrice, le tire-tête à trois branches de Levret, mérite sans contredit la préférence, quoiqu'il puisse encore être employé avec avantage sur la tête dans d'autres cas.

617. Le tire-tête à trois branches de Petit, approche beaucoup de celui de Levret, et est incomparablement moins compliqué; mais son usage est beaucoup plus incommode.

618. Le tire-tête imité de celui de Levret, que nous a donné Smellie, et qui est décrit dans la traduction hollandoise des ouvrages de cet auteur, par Van-der-Haage, ressemble assez à celui de Petit par la simplicité.

619. Parmi tous les tire-têtes de cette espèce, l'instrument de Dancavia, chirurgien de Surinam, est le plus simple.

620. Mais, de tous ces instrumens, le meilleur et le plus sûr, est sans contredit le forceps de Levret.

621. Enfin, nous possédons encore divers autres instrumens, en partie modernes, de cette espèce (§. 615.), tels que le tire-tête à bascule de Levret, le tire-tête à charnière et à ressort de Grégoire, et le tire-tête à vis, qui tous ne remplissent pas mal le même objet. (*Tab.* 8, *fig.* 2 *et* 3.)

622. Baquie, chirurgien de Toulouse, a publié en 1768, un tire-tête à double croix, qui paroît annoncer que le décollement de la tête, après avoir retourné le fœtus, n'est pas un événement très-rare dans la pratique moderne. Cet instrument est construit de manière qu'il peut être utile dans deux espèces d'opérations.

623. Outre les instrumens tant anciens que nouveaux, mais en même-tems très-peu utiles, destinés à faire l'extraction de la tête, soit qu'elle vienne la première ou la dernière, on peut encore compter le tire-tête de Fried, celui de Burton, de Grau, le porte-fronde de Pean, et quelques autres plus inutiles encore, tels que les lacs pour extraire la tête, de Pugh, de Burton, de Plevier, de Sandes; le filet de Grégoire et d'Amand; la fronde de Mauriceau, de Waldgraf, de Roonhuisen, de Rathlauu, de Chapmann; la bandelette de Smellie, etc.

624. La plupart de ces inventions sont plus anciennes que le forceps de Levret, et on peut, de nos jours, s'en passer d'autant plus aisément, que le forceps, quelques cas exceptés, est beaucoup plus utile, même lorsque la tête séparée du corps, est restée dans la matrice.

625. Le levier de Roonhuisen (*Théor.* §. 603.) qui, dans tout accouchement naturel, pourroit être d'un excellent secours (*Théor.* §. 684.), ne doit point être placé au rang de cette prodigieuse quantité d'instrumens, produits de l'imagination d'accoucheurs peu versés dans leur art, et qui ne sont d'aucune utilité. Employé dans les cas, tant d'accouchemens naturels, que d'accouchemens contre-nature pour lesquels il peut convenir, il l'emporte de beaucoup sur tous ces instrumens d'invention moderne, desquels il falloit néanmoins faire mention.

626. A défaut de ce levier (§. *précéd.*), on peut très-bien le remplacer par une branche du forceps, de même qu'on peut, à plus forte raison, se passer et du levier françois, corrigé par Pean, Lauvergeat, etc., et du nouvel instrument hollandais de Boom, Bruin, Titsingh, etc., et du moderne levier allemand de Rechenberger, de Stark, etc. (pour ne rien dire du levier vivant d'Aitken.)

627. Au reste, il est aisé de voir, d'après tout ce qui vient d'être dit, que le forceps, réunissant en lui seul les avantages de tous les autres instrumens, et remplissant parfaitement les indications qu'on se proposoit de remplir avec les crochets, le perce-crâne, et tous les autres instrumens, on peut le regarder comme une des inventions modernes, aussi utile aux progrès de l'art, que le fut dans son tems l'ancienne découverte du renversement du fœtus ; chacune de ces inventions ayant respectivement son mérite.

628. Mais quoique, outre l'usage de la main dans l'opération du renversement, le forceps soit désormais le principal instrument et, pour ainsi dire, la seconde main de l'accoucheur, on ne peut néanmoins se passer d'un instrument pour rompre les membranes (*Théor.* 610.), du levier de Roonhuisen, du lac pour les pieds avec son conducteur, d'un perce-crâne, d'une tenaille pour le crâne et d'un crochet, outre les pelvimètres et les instru-

mens nécessaires pour l'opération césarienne, comme, par exemple, deux bistouris particuliers, etc.; et tels sont les instrumens dont un accoucheur doit être pourvu, pour obvier à tous les cas que sa pratique peut lui offrir. (*Tab.* 1, *fig.* 2. *Tab.* 2, *fig.* 2. *Tab.* 9, *fig.* 1 *et* 2. *Tab.* 6, *fig.* 3 *et* 4.)

CHAPITRE IV.

De la manière d'agir des instrumens.

629. Les instrumens dont on se sert dans la pratique des accouchemens agissent à la manière des mains et des doigts, et le plus souvent d'une manière mécanique, c'est-à-dire, d'après les lois du levier.

630. En général, le levier est, en mécanique, une base solide ou une tige, au moyen de laquelle on peut élever quelque chose, en l'appuyant à un point que l'on appelle *point fixe* ou *ipomoclion*, tandis qu'on applique à un autre point le poids à soulever, et à un autre encore, la puissance ou la force mouvante.

631. On distingue particulièrement, en mécanique, deux espèces de levier: on appelle l'un, *levier de la première espèce*; l'autre, *levier de la seconde espèce.*

632. On peut encore appeler le levier de la première espèce, *levier étérodrome*, ou *levier commun*; et celui de la seconde espèce, *levier homodrome*, ou *levier particulier.*

633. Le levier de la première espèce est celui dans lequel le point fixe est entre le poids à soulever et la force mouvante; de manière que le poids et la force s'élèvent et s'abaissent alternativemeni, selon que l'équilibre est enlevé.

634. Le levier de la seconde espèce est celui dans lequel le poids est entre le point fixe et la force mouvante;

de manière que, lorsqu'au moyen de la puissance, le levier est élevé, le poids se trouve élevé en même-tems.

635. Si nous examinions les instrumens en usage dans la pratique des accouchemens, de même que les mains et doigts, nous trouverions que le plus ordinairement ceux-ci opèrent de la même manière, c'est-à-dire, selon les lois mécaniques du levier. La matrice elle-même, dans l'acte de l'accouchement naturel, n'agit qu'en conséquence des mêmes lois mécaniques.

636. Dans l'accouchement naturel, le fœtus présentant la tête en avant (*Théor.* §. 479, N°. 6.), les doigts opèrent (*Théor.* §. §. 680, 685.) d'après les lois du levier de la seconde espèce.

637. Dans l'accouchement contre-nature, dans lequel la tête vient la dernière, les doigts opèrent en partie d'après les lois du levier de la première espèce, et en partie d'après les lois de celui de la seconde.

638. L'instrument de Roonhuisen est, à proprement parler, un levier de la première espèce, et il en remplit les fonctions dans la plupart des accouchemens contre-nature : néanmoins, dans l'accouchement naturel, il doit remplir celles du levier de la seconde espèce.

639. Les crochets n'opèrent ordinairement que d'après les lois du levier de la seconde espèce, puisque, le plus souvent, ils agissent beaucoup moins en saisissant et tirant avec force, qu'en soulevant et en développant la tête.

640. Le tire-tête à trois branches de Levret est un triple levier qui porte à ses extrémités le point fixe commun. Et comme la tête du fœtus, qui est le poids à mouvoir, est située entre le point fixe et la puissance (§. 634), cet instrument agit, en conséquence, comme un levier de la seconde espèce, lorsqu'il est appliqué convenablement.

641. Le forceps de Levret, qui, de tous les instrumens destinés aux accouchemens, est le plus parfait (§. 574), est un composé de différens leviers des deux espèces. On peut regarder les deux branches comme

deux leviers particuliers de la première espèce, qui ont pour point fixe commun l'axe mobile, et agissent dans une direction opposée, c'est-à-dire, de la circonférence au centre. On peut regarder les deux cuillers comme deux leviers de la seconde espèce, dont chacun ayant son point fixe au sommet, de manière que la tête, qui forme le poids, se trouve entre le point fixe et la puissance, n'agit ordinairement que lorsqu'on fait un juste emploi de l'instrument, et qu'on s'en sert comme d'un levier de la seconde espèce.

CHAPITRE V.

Des motifs qui indiquent l'emploi des instrumens.

642. L'USAGE des instrumens, et en particuliers du forceps de Levret, est, en général, indiqué toutes les fois qu'il n'est ni possible ni avantageux de retourner l'enfant, et de se servir des mains seules.

643. Ensuite chaque contre-indication au renversement, à circonstances d'ailleurs égales, forme une indication pour l'usage du forceps.

644. En outre, l'usage du forceps est, en général, indiqué dans tous les cas mentionnés (§. §. 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212.)

645. Chaque petite obliquité ou iniquité de la tête capable de retarder l'accouchement, se lève aisément au moyen du forceps, dont l'usage est par-là même indiqué dans ces sortes de cas.

646. En particulier, l'usage du forceps est indiqué dans tout accouchement naturel mais lent, en observant néanmoins la règle posée (§. 210.)

647. Dans certains cas d'accouchemens lents, reconnoissant pour cause des douleurs spasmodiques, il est un tems (§. §. 210, 211) où l'usage du forceps est indiqué,

parce qu'on obtient de meilleurs effets de son usage que de celui de tous les anti-spasmodiques, des nervins, et des autres moyens auxquels on attribue la propriété de provoquer les douleurs.

648. La cessation totale des douleurs indique également à son tems (§. §. 210, 211) l'usage du forceps, soit que cette suspension dépende ou non d'un état de foiblesse extraordinaire.

649. Le même état de foiblesse extraordinaire indique suffisamment l'usage du forceps, lors même que les douleurs existent encore, mais lorsqu'elles sont insuffisantes.

650. L'usage du forceps est encore sur-tout indiqué lorsque le peu de longueur du cordon retarde l'accouchement.

651. L'usage du forceps est encore indiqué, et il est à propos de s'en servir, lorsque le col de la matrice se resserre sur le col du fœtus, et qu'il en résulte un retard à la terminaison de l'accouchement.

652. L'application du forceps convient encore dans les cas de forte rétention d'urine, à laquelle on ne peut remédier, lors même que la tête se présente bien.

653. La disproportion entre la tête et le bassin, principalement lorsque la tête a déjà commencé à s'enclaver, exige l'application du forceps, soit que la tête soit encore au détroit supérieur ou à l'inférieur, ou dans l'intervalle des deux détroits, lors même qu'elle se présente dans une bonne position.

654. Lorsque la disposition de la tête et du bassin est manifestement telle que la tête ne peut qu'avec beaucoup de peine s'engager au détroit supérieur, la raison et l'expérience conseillent d'essayer plutôt le forceps, quoique son usage soit incertain, que de retourner le fœtus, opération évidemment plus dangereuse pour la mère et pour l'enfant, puisque, sur la fin de l'accouchement, il est indispensable de percer la tête : cette opéra-

tion s'exécute bien plus aisément dans le premier cas que dans le second.

655. Seulement les indications manifestes de l'opération césarienne, à raison de l'étroitesse du bassin, ou parce qu'il est aplati et défiguré, qui par cela même contr'indiquent le renversement, forment encore une exception raisonnable à l'usage du forceps. Quoique, dans ces cas, on puisse quelquefois introduire et appliquer assez facilement cet instrument, lorsque les pièces en sont unies, on ne peut le tirer dehors, ou bien dans d'autres cas à-peu-près semblables, il manque son effet, à la honte, non du forceps, mais de l'accoucheur; et même dans des cas de cette espèce moins désavantageux, il ne peut pas sauver la vie de l'enfant, et il expose inévitablement la mère au plus grand danger. (*Tab.* 10, *fig.* 1, 2, 3, *et* 4.)

656. Quelques cas particuliers dans lesquels la tête s'est engagée dans une très-mauvaise position dans un bassin d'ailleurs bien conformé, comme, par exemple, par la partie antérieure de la tête et par la face, ou par l'occipitut et la nuque, réclament encore l'usage du forceps, lorsqu'on a laissé passer le moment de retourner le fœtus.

657. Parmi les cas particuliers qui indiquent l'usage du forceps, sont compris aussi ceux dans lesquels les épaules ou les fesses sont enclavées, quoique, dans le premier cas, l'application de l'instrument ne se fasse pas d'après les règles générales, mais bien par un procédé particulier.

658. Lorsqu'après le renversement, ou après l'accouchement en double, la tête est enclavée, l'application du forceps convient aussi bien que dans les accouchemens par la tête : ce qui fait que l'emploi de cet instrument est souvent indiqué dans les cas de cette espèce.

659. Son usage est encore indiqué, lorsque la tête,

séparée du corps, est restée dans la matrice après le renversement.

660. Dans la plupart de ces cas, et particulièrement dans celui d'enclavement de la tête dans une situation naturelle, l'usage du forceps est indiqué, et il convient de l'appliquer aussitôt que la tête est au couronnement, qu'il s'y est formé une tumeur considérable, et que, malgré les douleurs, on ne remarque pas que la tête descende dans la cavité du bassin.

661. Dans ces circonstances, l'emploi du forceps est d'autant plus indiqué que les douleurs paroissent cesser, que la tumeur de la tête, loin d'augmenter, commence à devenir flasque et molle, et que la mère est exposée à un péril imminent, par suite de foiblesse, ou à d'autres accidens.

662. Les autres cas qui exigent l'usage immédiat de cet instrument, et qui réclament l'accouchement forcé, ont été exposés (§. §. 464, 472, 473, 476, 477, 478) : mais il faut au moins que la tête soit engagée au détroit supérieur du bassin, et soit déjà au couronnement, pour que l'opération réussisse et puisse être faite avec sûreté, facilité et promptitude ; parce que, dans le cas contraire, il seroit préférable de retourner le fœtus.

663. Excepté quelques cas rares, le perforateur n'est jamais indiqué qu'après avoir auparavant essayé le forceps, parce qu'on peut rarement juger et connoître autrement qu'*à posteriori*, les degrés d'enclavement de la tête.

664. Il n'y a que le cas où la tête est enclavée dans un bassin manifestement trop étroit, et celui où la mort de l'enfant est certaine, qui permettent d'employer le perforateur, et cela, en faveur de la mère.

665. Après avoir perforé la tête, il faut, selon que celle-ci est encore au-dessus du bassin, ou y est déjà engagée, se servir du forceps, ou de la tenaille pour le crâne de

de Mesnard, ou employer un crochet, excepté dans un assez grand nombre de cas.

666. Les crochets, qui heureusement sont bien rarement nécessaires, de même que le perforateur, dont on doit toujours éviter de se servir, sont principalement indiqués dans les cas suivans.

667. 1°. Lorsque deux jumeaux sont unis ensemble, de manière que le cas ayant été reconnu trop tard, et l'opération césarienne ayant été négligée, on ne peut les extraire, quoique morts, qu'en les séparant. Dans ce cas, on a besoin d'un crochet courbe très-coupant.

668. 2°. Lorsqu'après avoir omis de faire l'opération césarienne, la tête d'un fœtus mort est restée enclavée au détroit supérieur d'un bassin très-resserré, et qu'elle ne peut céder à l'action du forceps après qu'on a ouvert la tête, et lorsqu'on a déjà employé inutilement les tenailles de Mesnard.

669. 3°. Lorsqu'il est nécessaire de perforer la tête enclavée après avoir retourné le fœtus. Dans ce cas, de même que dans le précédent, cas qui ne sont pas très-rares, l'usage du crochet aigu et courbe de Smellie, dont Levret a corrigé le manche, est indiqué, et est plus commode et plus avantageux que tous les autres instrumens.

670. 4°. Lorsque la tête du fœtus a été arrachée, et que le corps, dont les épaules sont enclavées, est resté dans la matrice, on se sert avec un avantage particulier du crochet à gaine de Levret.

671. Lorsque la tête a été arrachée, et qu'elle est restée dans la matrice après le renversement du fœtus, il convient dans les cas les plus difficiles, quand la main seule ne suffit pas, d'essayer l'un ou l'autre des meilleurs tire-têtes (§. 614.) Dans les cas très-difficiles, l'usage du forceps paroît éminemment convenir; et enfin, dans les plus difficiles, on peut retirer des avantages du perforateur, du forceps ou du crochet de Smellie.

672. Le levier de Roonhuisen est indiqué, et d'un

usage très-avantageux dans les cas d'obliquité de la tête, de même que dans les accouchemens naturels. (*Théor.* §. 683, 684; *Prat.* §. 625, 626.) (*Tab.* 11, *fig.* 2.)

673. L'instrument qui sert à rompre les membranes (§. 628.), est seulement indiqué (§. 609.), lorsque les membranes doivent se rompre à l'orifice de la matrice, en avant de la tête du fœtus, qu'en conséquence le fœtus doit venir naturellement la tête en avant : c'est pourquoi lorsqu'il s'agit de retourner le fœtus, la main de l'accoucheur, employée comme le conseille Deleurie, est l'instrument le plus convenable, et par-là même doit être préféré à tout autre. (*Tab.* 1, *fig.* 2 *et* 3.)

674. L'usage des instrumens nécessaires pour l'opération césarienne est, dans la plupart des cas, indiqué au moyen du pelvimètre (§. 628.) et du céphalomètre (§. 580.) (*Tab.* 9, *fig.* 1 *et* 2.)

675. Nous parlerons ailleurs de l'usage et de la manière d'employer le tire-tête à trois branches, des motifs qui indiquent ou contre-indiquent l'opération césarienne, et de l'opération elle-même.

CHAPITRE VI.

Des règles générales à observer dans l'emploi des instrumens.

676. Tant que l'on peut se servir de l'instrument naturel, c'est-à-dire, de la main, on ne doit point employer d'instrumens artificiels.

677. Mais il est aussi nécessaire et aussi avantageux d'employer des instrumens dans le moment favorable, qu'il peut être dangereux de les employer avant le tems et sans nécessité. C'est pourquoi il ne faut être ni trop pressé, ni trop entreprenant, ni trop irrésolu, ni trop timide. Il faut autant de connoissances pour aider à tems

la nature, dans certain cas, que pour l'abandonner à ses propres forces dans d'autres. (*Théor.* §. 520.)

678. Pour cela, il faut savoir bien distinguer les cas; il faut avoir une parfaite connoissance des véritables indications et contre-indications qu'ils présentent, une expérience généralement reconnue; un jugement acquis par la pratique; de la promptitude à se décider en faveur d'un moyen; de la fermeté et du sang-froid dans l'exécution: et lorsqu'on a pris une détermination, il faut l'exécuter, quoi qu'il en coûte: mais que ce ne soit jamais sans un besoin urgent, sans des raisons légitimes; que jamais l'accoucheur ne se laisse induire en erreur par quelque insinuation étrangère, et n'abandonne la détermination qu'il a prise. Il est rare qu'un mauvais choix ne soit suivi de fâcheux résultats; de même il est rare que, lorsqu'on abandonne le mauvais parti qu'on avoit pris pour en choisir un meilleur, cette conduite ne soit suivie de succès.

679. Lorsqu'on est une fois déterminé sur le choix de l'opération à faire, il s'agit de l'exécuter promptement, afin que la mère et l'enfant ne soient pas victimes de la temporisation et de la lenteur qu'on pourroit apporter à la pratiquer.

680. Mais jamais, quoi qu'il en coûte, l'accoucheur ne devra laisser une femme en couche sans secours, excepté le cas où l'on a déjà trop tardé de faire l'opération césarienne, ou lorsque la femme est au moment de mourir.

681. De même, jamais un accoucheur ne devra laisser ensevelir une femme morte ayant encore son enfant dans le sein, sans en faire l'extraction.

682. Dans la plupart des opérations qui se pratiquent au moyen des instrumens, on devra toujours opérer de manière à employer les procédés les plus doux et les plus sûrs, et toujours passer par gradation des instrumens innocens à ceux dont l'emploi peut être nuisible. Ainsi, par exemple, on se servira rarement du perforateur et des crochets avant d'avoir essayé le forceps.

683. Dans toutes les opérations que l'on fait à l'aide d'instrumens, on doit donner à la femme la même position que dans l'accouchement naturel; l'on prend soi-même celle qui est la plus commode, et on les change alternativement en de meilleures s'il est nécessaire, comme cela doit avoir lieu lorsqu'il faut retourner le fœtus. (§. §. 166, 167, 168, 248 *et suiv.*)

684. On a déjà exposé aux paragraphes 258 et suiv., d'autres règles essentielles à observer, tant de la part de l'accoucheur, avant, pendant et après l'opération, que de celle de la femme en couche, et des personnes qui l'entourent, règles qui sont applicables à ce genre d'opération, comme à toute autre espèce d'accouchement que l'on termine avec les mains seules.

685. En particulier, on couvre le bas-ventre de la femme, presque jusqu'à terre, avec un drap, même lorsqu'on exécute une opération avec la main. Et puisque la décence veut que l'accoucheur, qui doit avoir ses yeux au bout de ses doigts, observe attentivement tout ce qui se passe, il n'est pas besoin que les assistans regardent.

686. Dans ce cas, comme lorsqu'on entreprend quelque opération de chirurgie, il n'est pas besoin de mettre en évidence et de ranger par ordre les instrumens dont on peut avoir besoin; mais il faut au contraire les tenir cachés le plus qu'il est possible. Il n'est même pas impossible de terminer certaines opérations, tant avec la main, qu'avec les instrumens, presque sans que la femme et les assistans s'en aperçoivent; néanmoins, il faut toujours avoir soin de prévenir auparavant quelque personne qui touche de près à la femme en couche de l'état dans lequel elle est, à cause de l'incertitude dans laquelle le chirurgien est toujours sur l'issue de l'événement.

687. On ne devra jamais introduire un instrument qu'après l'avoir fait un peu chauffer, pour lui enlever le froid métallique; on remplit parfaitement cette indication en plongeant l'instrument dans l'eau chaude, et l'y laissant

un instant, ou de quelque autre manière; mais, quelque soit le procédé qu'on emploie, il faut toujours le cacher à la femme.

688. De même, on ne devra jamais introduire un instrument sans l'avoir auparavant frotté avec un peu d'huile : on doit en faire autant lorsqu'on se sert de la main.

689. On doit accompagner les instrumens avec l'extrémité des doigts jusqu'au lieu de leur destination.

690. Mais, comme on ne peut pas toujours suivre rigoureusement cette règle, dans l'emploi de tous les instrumens de chirurgie qu'il peut être nécessaire d'introduire dans différentes cavités du corps, de même aussi, il n'est pas toujours possible de s'y conformer dans les cas dont nous nous occupons. C'est pourquoi la construction des instrumens adaptée au lieu sur lequel ils doivent être portés, de même que le mode de leur application, nous autorisent souvent à nous écarter de la règle générale; sans cela, on manqueroit souvent le but qu'on se propose par l'emploi des instrumens.

691. L'application des instrumens doit se faire dans l'intervalle de deux douleurs, comme nous l'avons déjà recommandé pour les procédés que l'on exerce avec la main seule pour effectuer le renversement (§. 268.).

692. On devra non-seulement s'écarter de cette règle, mais même on devra tenir une conduite opposée pour opérer ou pour faire l'extraction du fœtus, lorsque les instrumens sont introduits (§. 269.).

693. En particulier, dans toute opération que l'on exécutera à l'aide d'instrumens, on ne devra jamais perdre de vue l'axe du bassin, quelle que soit la position dans laquelle la femme est située, de même que celui du vagin, la manière d'opérer des instrumens conformément aux lois du levier : ces objets sont de la plus grande importance, puisque, de l'observance de ces

préceptes et de la dextérité de l'opérateur, dépend plus souvent le succès, que de la force mal dirigée que l'on emploie.

SECTION IV.

Des opérations que l'on pratique avec les instrumens, et de leur classification en général.

694. Nous avons exposé, dans la première Partie de la Pratique des Accouchemens, la théorie du renversement et celle de l'accouchement par les pieds qui n'exigent que la main seule d'un accoucheur praticien (§. 9, 327.). Dans cette seconde partie, nous traiterons seulement des opérations difficiles et contre-nature que l'on ne peut exécuter qu'à l'aide des mains artificielles de l'accoucheur, c'est-à-dire, avec les instrumens (§. §. 9, 328.). Elle aura principalement pour objet les accouchemens contre-nature et difficiles par la tête.

695. Une classification systématique et méthodique des accouchemens difficiles par la tête et autres, en classes, genres et espèces, est ici aussi facile et aussi avantageuse qu'elle l'a été dans la première partie de la doctrine pratique des opérations qui se font avec la main (§. §. 11, 327.), quoique ici les classes, les genres et les espèces ne puissent pas être réduits comme dans le premier cas. En effet, la réduction des classes ne peut avoir lieu; seulement il est quelquefois possible de réduire certains genres, et il n'est pas toujours possible ou nécessaire de subdiviser les genres en espèces.

696. Dans la première classe d'opérations instrumentales, on range les accouchemens difficiles dans lesquels la tête se présente enclavée. Ce premier genre renferme trois espèces qui dépendent de la situation de la face, soit que la tête se trouve enclavée au détroit supérieur,

au détroit inférieur, ou dans l'intervalle de ces deux détroits.

697. Au second genre appartiennent les espèces formées par la tête enclavée obliquement, dont on reconnoît principalement deux communes et quatre particulières; et des dernières peuvent résulter les positions les plus désavantageuses du genre suivant.

698. Le troisième genre comprend certaines autres mauvaises positions de la tête, et renferme quatre espèces principales qui dépendent de la différente position de la face.

699. La perforation de la tête se place dans le quatrième genre, qui est de trois espèces, selon que la tête, qui peut se trouver ayant la face dans trois directions différentes, comme dans le premier genre d'enclavement de la tête, est perforée avant ou après la sortie du reste du corps.

700. A la seconde classe appartiennent les accouchemens difficiles à raison de l'enclavement de la tête sur la fin, c'est-à-dire, après avoir retourné le fœtus. Cette classe renferme deux genres qui ont chacun trois espèces dépendantes de la différence de situation inverse de la tête dans le premier genre de la première classe. Dans le premier genre, il faut nécessairement dégager la tête enclavée; dans le second, il faut recourir à la perforation.

701. La troisième classe comprend l'accouchement difficile par la tête séparée du reste du corps et restée dans la matrice pendant l'opération du renversement. Ce genre renferme trois espèces, qui dépendent de la direction de la face, la tête se présentant.

702. La quatrième classe comprend le cas d'enclavement des fesses et des épaules. Chaque genre renferme deux espèces, dont la première se tire de la situation du corps du fœtus; la seconde, de la séparation ou non séparation de la tête du reste du corps.

703. Dans la cinquième classe, qui forme un seul genre, sont comprises les différentes espèces d'opérations que l'on pratique à l'aide du tire-tête à trois branches.

704. La sixième et dernière classe traite de l'accouchement césarien. Ce genre se divise en deux, selon que l'opération se pratique sur la femme vivante ou sur la femme morte.

CHAPITRE PREMIER.

De l'enclavement de la tête, la face étant en arrière.

705. QUOIQUE la tête du fœtus, dans la première espèce du premier genre, soit dans la situation la plus favorable à l'accouchement, elle peut cependant, à raison de son volume ou de l'étroitesse du bassin, s'enclaver dans l'un des trois degrés dont nous avons parlé, et cela au détroit supérieur ou au détroit inférieur du bassin, ou dans l'intervalle qui les sépare.

706. La tête du fœtus, qui se trouve déjà plus ou moins avancée au couronnement, offre une tumeur sensible formée par les tégumens communs; les douleurs sont insuffisantes pour faire descendre plus bas la tête du fœtus, mais elles font croître et augmenter le volume de la tumeur, tant que le fœtus est vivant.

707. Mais plus cette tumeur forme un obstacle qui empêche de reconnoître la situation de la tête, puisqu'elle cache les sutures, de manière qu'on ne peut que très-difficilement les sentir et les distinguer au doigt (§. §. 32, 80), plus il importe de s'appliquer à reconnoître ce cas, afin de pouvoir distinguer les différens degrés d'enclavement avant de recourir à l'opération.

708. Dans ces cas, on réussit mieux en agissant dans

l'intervalle des douleurs, on parvient quelquefois à sentir une suture à travers la tumeur de la tête; ou bien on porte le doigt un peu du côté qui présente moins d'obstacle à son introduction dans la matrice; et lorsqu'on a trouvé une suture, et qu'on en a suivi la direction, ou une fontanelle et sa direction, on peut en déduire la connoissance de la situation de toute la tête, et juger sa position à l'égard du bassin.

709. Dans le cas dont on vient de parler, on trouvera l'extrémité de la suture sagitale réunie à la suture occipitale, et formant une espèce d'Y latin qui se présente très-près et au-dessous de l'arc du pubis; et, en échange, on trouve, avec beaucoup de peine, la fontanelle antérieure beaucoup plus haut vers le sacrum, ou bien encore on ne pourra parvenir à la sentir.

710. Il faut avoir une connoissance exacte des parties de la tête, un tact exquis, et beaucoup d'habitude, pour pouvoir, en touchant peu de points, discerner franchement et avec sûreté, dans cette complication de parties, les différentes sutures et fontanelles de la tête.

711. Lorsqu'on a reconnu la situation de la tête, et qu'on a placé la femme dans une situation convenable (§. 166.), si on veut employer le forceps, on procédera de la manière suivante à son application.

712. En supposant que la tête soit bien située, et enclavée perpendiculairement au détroit supérieur du bassin, on introduit, dans ces cas simples, d'abord la branche mâle (§. 575.), puis la branche femelle. Il est des cas dans lesquels cette règle a ses exceptions (*Tab*.5, *fig*. 1.).

713. Dans ces cas, on introduit en outre l'instrument des deux côtés de la femme, de manière qu'en glissant le long de l'axe courbe du vagin, la partie concave de la nouvelle courbure réponde toujours à la concavité des os pubis. Il est néanmoins quelques cas particuliers qui exigent que l'on s'écarte de cette règle (*Tab*. 5, *fig*. 1).

714. On introduit aussi quelques doigts parallèles de la main droite au côté gauche de la mère, entre la tête du fœtus et l'orifice de la matrice, tandis qu'avec les doigts de la main gauche on saisit la branche mâle de l'instrument vers son axe.

715. Pour introduire ensuite, sans y mettre de force, et le plus doucement qu'il est possible, cette branche de l'instrument, on doit apporter beaucoup d'attention à la structure de l'instrument, et à celle des parties de la mère et du fœtus, afin de tenir un juste milieu, et d'éviter les difficultés, qui ne manqueroient pas de se présenter si on agissoit différemment.

716. En outre, il faut encore observer trois périodes différentes dans l'application de l'instrument, pendant lesquelles on introduit l'instrument dans trois directions différentes.

717. Pour cela, dans la première période de l'application, on présente la branche obliquement et de côté aux parties extérieures, de manière que le manche soit beaucoup plus élevé que l'extrémité de la cuiller; et en introduisant la branche, on lui fait exécuter un double mouvement, par lequel le manche s'incline en dehors et en bas, tandis que la cuiller quitte la paume de la main, se porte en haut et en dedans, entre la tête du fœtus et la matrice, parvient au sommet, et y prend son premier appui.

718. Aussitôt que la partie supérieure de l'instrument a trouvé son appui entre la tête de l'enfant et la matrice (*Chap. précéd.*), et que la branche est dans une situation horizontale, on est arrivé à la seconde période de l'application, qui est de courte durée; car, dans cette période, on ne reste que le tems nécessaire pour porter la main au bouton, fixer les branches, et assujétir les cuillers dans la matrice.

719. Aussitôt que l'on est dans la troisième période de l'application de l'instrument, la partie supérieure de la

cuiller est entièrement pénétrée dans la matrice ; alors la résistance est moindre, et la cuiller tombe, pour ainsi dire, dans un espace vide, et monte aisément lorsqu'on donne au manche une inclinaison de côté et en bas.

720. Alors on essaie de retirer d'un pouce ou deux l'instrument, selon que la tête s'en trouve plus ou moins éloignée, en même-tems qu'on en incline avec précaution le manche vers le périnée un peu obliquement et du côté droit de la femme, de manière que le manche de l'instrument qui y appuie, pour ainsi dire, forme la continuation de l'extrémité supérieure de l'axe du bassin, et est alors avec l'horizon dans un plan incliné assez considérable.

721. Dans la troisième période de l'application de cet instrument (§. 719, 720), on en confie le manche à quelque personne intelligente qui est chargée de le tenir ferme ; après quoi on introduit la seconde branche de l'autre côté, en observant les mêmes règles. (*Tab.* 5, *fig.* 2.).

722. Ensuite on fixe ensemble les deux branches croisées de l'instrument, par le moyen de la vis ou de la clef, située dans son milieu, et que l'on tourne légèrement.

723. Ainsi, dans la position la plus naturelle de la tête, on est parvenu de nos jours à introduire le forceps avec la plus grande facilité. Mais, au contraire, dans la situation inique ou oblique de la tête, il heurte toujours un peu, et on éprouve beaucoup de difficultés à en croiser les branches et à les unir.

724. Il n'est ni nécessaire, ni avantageux, mais il est, au contraire, inutile de lier ensemble les manches de l'instrument lorsqu'il est introduit et uni.

725. Lorsque la tête est encore élevée dans le bassin, comme dans le cas dont il est question, l'axe de l'instrument ne doit être éloigné que d'un pouce de la commissure inférieure des parties, et, en général, il vaut mieux, et

il est plus sûr que, dans le principe, l'instrument soit introduit plutôt plus que moins, parce que, dans tous les cas, ce qui est introduit de trop sort toujours aisément au premier mouvement que l'on fait pour tirer l'instrument.

726. Ainsi (§. 710 *et suiv.*), dans ces cas, l'instrument se trouvant placé d'une manière convenable pour le premier tems de l'opération, on peut dire qu'il est disposé à l'usage qu'on en doit faire (*Tab.* 5, *fig.* 2.).

727. Comme l'introduction et l'application de l'instrument doivent être faites dans l'intervalle des douleurs, maintenant il faut, au contraire, choisir l'instant d'une douleur, puisqu'elle sert très-efficacement à accélérer la terminaison de l'opération.

728. Comme qu'il en soit, lorsque l'accoucheur se dispose à se servir de l'instrument, il doit rapprocher l'une de l'autre ses deux mains, les placer de manière que la paume soit en bas et le dos en haut, saisir et serrer modérément les branches de l'instrument, à proportion de la résistance que présente la tête, et commencer l'extraction dans la direction des branches d'après les règles posées pour la première période de l'opération.

729. Cette extraction est soumise aux mêmes règles que celle dans laquelle le fœtus sort par les pieds (§. 298.), c'est-à-dire, qu'en tirant ici la tête comme les autres parties dans le second cas, il faut la tirer presque comme une vis autour de son propre axe perpendiculaire, à l'exception que, dans le cas dont il est question, l'extraction ne doit pas se faire d'un seul coup, mais qu'on doit laisser des intervalles convenables, précisément de la même manière que cela se fait lorsque l'accouchement naturel par la tête s'opère par les seules douleurs.

730. C'est donc de la manière de procéder de la nature dans les cas faciles que l'accoucheur déduit le précepte qui conseille d'imiter cette proportion de tems et d'intervalles,

et quant au tems où il doit agir, et quant à celui où il doit cesser d'agir.

731. Le tems de repos dans les intervalles doit toujours être plus grand que celui des tentatives que l'on fait pour opérer l'extraction du fœtus : dans aucun cas celui-ci ne doit durer plus d'une minute.

732. A mesure que, par l'effet de ces tentatives, la tête descend dans le bassin, et qu'elle se place peu-à-peu à son détroit moyen, l'accoucheur devra faire attention comment les branches de l'instrument prennent pour ainsi dire d'elles-mêmes une autre direction, et se placent peu-à-peu parallèlement à l'horizon.

733. Alors la tête hors du couronnement est déjà abaissée dans le vagin ; et l'instrument est placé convenablement pour le second tems de l'opération.

734. L'accoucheur continuera de tirer avec l'instrument dans la même direction, d'autant plus que la tête descendra davantage dans le vagin, à mesure que le manche de l'instrument tend à s'élever, jusqu'à ce que la tête parvienne au détroit inférieur du bassin, présentant son sommet derrière les parties externes de la mère, et alors le manche de l'instrument forme un plan très-incliné inverse avec l'horizon.

735. Alors on dit que la tête est à la sortie, et que l'instrument est parvenu au troisième tems de l'opération.

736. Dans ce cas, l'accoucheur doit non-seulement tenir l'instrument dans la même direction, mais même, tandis que la tête sort, c'est-à-dire, pendant le quatrième tems de l'accouchement, l'élever toujours davantage chaque fois qu'il tire, et comme s'il vouloit, pour ainsi dire, le porter sur le ventre, tandis que la tête qui se développe toujours de plus en plus, en tournant autour de son propre axe transversal s'ouvre peu-à-peu le passage, et finit enfin par sortir entièrement suivant la longueur de sa partie antérieure.

737. Cela fait, on enlève l'instrument, et on opère sur

la tête comme on l'a indiqué en traitant de l'accouchement naturel. (*Théor.* §. 687.)

778. On doit donc dans l'application et l'extraction de l'instrument, avoir principalement égard aux trois tems principaux pendant lesquels, du moins dans le cas dont il est question, l'instrument doit, en sortant, décrire pour ainsi dire une ligne demi-circulaire, tandis que la tête parcoure l'espace compris depuis le détroit supérieur du bassin jusqu'aux parties externes. Ces tems sont l'imitation de ce qui se passe naturellement dans les cas ordinaires (*Théor.* §. 632 *et suiv.*); et la connoissance exacte de ce qui arrive alors sert autant à faciliter les accouchemens contre-nature et difficiles par la tête, qu'à garantir les parties de la mère, et sur-tout le périnée.

779. Dans l'application du forceps, il faut sur-tout prendre garde que ses extrêmités ne viennent point heurter contre la voûte du vagin, au lieu d'entrer dans l'orifice de la matrice. Mais, dans ce cas, outre que l'on n'observe point le signe indiqué (§. 719.), et que l'instrument rencontre, plutôt que cela devroit avoir lieu, une forte résistence, c'est que les douleurs qu'éprouve la femme indiquent suffisamment à l'accoucheur inexpérimenté la méprise qu'il commet.

740. Quelquefois lorsqu'on applique trop en bas l'instrument, la compression que l'on exerce sur les nerfs sacrés excite une douleur particulière que la femme ressent à l'une des cuisses : dans ce cas, il suffit d'élever un peu la cuiller de l'instrument, et alors la cause de ces douleurs étant enlevée, l'effet cesse.

741. Observez encore qu'avant l'opération, il faut avoir soin d'enduire l'instrument de quelque corps gras ou émollient, de même que les parties internes et externes de la mère, ainsi que le périnée.

742. A l'égard de la force que l'accoucheur doit employer pendant l'opération, il se conduira de manière qu'aux premiers tiraillemens faits en quelque sorte pour

essayer, il n'emploie qu'une force inférieure à la résistance que présente la tête; mais, en dernier lieu, il doit employer d'autant plus de force qu'il éprouve plus de résistance, et que le poids à mouvoir cède moins, jusqu'à ce qu'enfin l'équilibre entre la puissance et la résistance étant rompu, le poids cède à la force; alors l'accoucheur continue l'opération en employant le degré de force qu'il juge convenable. Par conséquent, dans la progression, la proportion de la puissance à la résistance doit être progressivement plus grande.

743. Il est cependant aussi nécessaire, tant pour la mère que pour l'enfant, que la proportion de la puissance au poids, c'est-à-dire, à la résistance de la tête (relativement à la compression et à la traction qu'exerce l'instrument) devienne presque égale vers la fin de l'accouchement, de manière que la force soit d'autant plus modérée que le poids devient plus petit, et que même sur la fin, (c'est-à-dire, dans le quatrième et dernier tems de l'accouchement) la force relativement au poids doit être en proportion inverse, c'est-à-dire, décroissante (§. *précéd.*) puisqu'alors l'accouchement ne consiste plus que dans le simple développement de la tête qui s'opère à chaque pression ou traction de l'instrument.

744. Dans cette intention, et pour garantir plus sûrement le périnée, il convient que, dans le dernier tems de l'accouchement de la tête, on manie l'instrument avec une seule main, tandis que l'autre est occupée à soutenir le périnée et à dégager la tête des parties, comme on a conseillé de le faire dans l'accouchement naturel. (*Théor.* §. 626 *et suiv.*)

745. Si la tête enclavée est déjà parvenue au détroit moyen du bassin, et si elle est arrivée au couronnement dans le vagin, de manière que l'orifice de la matrice soit retiré en haut sur la tête, et qu'on puisse difficilement y parvenir; dans ce cas, on ne doit pas porter l'instrument si haut, ni l'appliquer si obliquement, mais bien en placer

les branches dans une ligne plus parallèle à l'horizon, comme dans le second tems de l'opération (§. §. 732, 733.), et dans l'opération, on agira comme dans le second tems, la nature ayant épargné le travail du premier tems. (§. §. 726, 728.)

746. Et comme, dans le premier cas (§. 712.), l'application de l'instrument est quelquefois un peu plus difficile que dans le second (§. *précéd.*), l'extraction est au contraire toujours plus facile dans le second cas que dans le premier.

747. Enfin, si la tête se montre déjà au détroit inférieur du bassin, et si elle remplit le vagin de manière que l'on ne puisse plus sentir l'orifice de la matrice retiré en arrière, alors l'application de l'instrument paroît être, et est en effet plus difficile dans cette troisième période, mais, en échange, l'extraction est très-facile.

748. Il faut seulement avoir présent à l'esprit le précepte que nous avons donné (§. §. 689, 690) d'appliquer convenablement les branches de l'instrument, de manière que leur extrémité réponde à la surface convexe de la tête, tenir une bonne route, et ne point laisser échapper la convexité de la tête de la concavité de l'instrument : de cette manière, l'application réussira ordinairement mieux que dans les autres cas qui paroissent plus favorables au dégagement de la tête.

749. Il n'est presque pas besoin de dire que, dans ces cas, on ne doit pour ainsi dire introduire que la moitié des cuillers, et placer les branches à droite dans un léger plan incliné, inverse à l'horizon (§. 734); comme il convient d'ailleurs de le faire au troisième tems de l'opération. (§. 735.)

750. Lorsque la tête se trouve dans une direction parfaitement droite, il est à-peu-près égal de diriger les tours en spirale vers l'un ou l'autre côté.

751. Dans le second (§. 745.), et dans le troisième cas d'enclavement de la tête (§. 747.), on parvient plus

aisément

aisément à sentir la fontanelle antérieure que dans le premier (§. 712.) : si cependant, par la présence de celle-ci ou de la fontanelle inférieure, ou par la direction de la suture sagitale, on remarquoit une légère iniquité qui n'auroit pas été corrigée dans les premières tractions par un effet mécanique de l'instrument, on dirigeroit les tours en spirale dans une direction contraire.

752. On reconnoît l'obliquité et l'iniquité de la tête par le toucher, et par la direction du manche de l'instrument. La position inique de la tête est sur-tout indiquée par l'application du forceps, pendant et après l'accouchement, partie par la distance des branches mesurée avec le labimètre, et partie par la marque faite par la cuiller du forceps sur l'un ou l'autre os coronal.

753. Dans le dernier tems de l'opération, une seule main étant plus que suffisante pour diriger l'instrument (§. 744.), le meilleur moyen d'occuper la main qui ne fait rien, est de l'appuyer contre le périnée, afin d'en prévenir la rupture. (§. 744.)

754. Au reste, on voit quel rapport ont les différens tems des accouchemens artificiels avec ceux qui s'opèrent naturellement ; c'est-à-dire, que la fin du second tems de l'accouchement naturel (§. 605.), répond au premier tems de l'accouchement artificiel (§. 726.). De même, on voit aussi le rapport des périodes de l'application de l'instrument (§. 717.) avec les périodes de l'opération (§. 726.) ; c'est-à-dire, que la troisième période de l'application se rapporte à la première de l'opération, etc.

755. L'opération est ordinairement sûre, prompte et facile, lorsqu'on distingue bien ces différentes périodes. Les périodes de l'opération doivent coïncider avec les périodes de l'accouchement dans les cas contre-nature (§. *précéd.*), et ne pas se changer l'une en l'autre, autrement le travail ne pourroit manquer d'être préjudiciable à la mère et à l'enfant, et cela plus à la honte de l'accou-

cheur qu'à raison des difficultés que présente l'emploi de l'instrument.

756. Plusieurs théorèmes qui ont rapport à cette première espèce d'accouchement difficile par la tête, trouveront encore leur place, lorsque nous traiterons des genres et des espèces suivantes; et c'est pour éviter les répétitions que nous ne le plaçons point ici. Seulement nous rappellerons que dans aucun cas on ne devra appliquer obliquement le forceps suivant le diamètre diagonal du bassin, mais toujours de côté et suivant le grand diamètre; et cela parce que la structure du forceps de Levret, proportionné aux parties de la mère et du fœtus, ne permet de l'appliquer d'aucune autre manière.

CHAPITRE II.

De l'enclavement de la tête, la face étant de côté.

757. La seconde espèce du premier genre d'enclavement de la tête qui a lieu lorsque celle-ci est située de travers, et que la face est tournée de l'un ou de l'autre côté (§. 696.), est celle qui, après la première espèce, arrive le plus fréquemment, à raison de la fréquence des causes qui y donnent lieu. (*Théor.* §. 444.)

758. Quoique, dans cette position, la tête ne soit pas toujours enclavée, l'accouchement est néanmoins toujours lent et difficile, en partie parce que les douleurs ne peuvent être aussi efficaces pour des raisons particulières, et en partie parce que la tête est obligée de traverser suivant sa longueur le diamètre transversal des parties externes.

759. De quelque manière que la tête soit située, il faut ordinairement qu'elle sorte comme elle se présente; et on ne peut partager l'erreur de Smellie et de ses sectateurs, qui pensent que, pendant l'accouchement, on peut la retourner et la redresser.

760. Quelquefois la partie postérieure de la tête se trouve un peu plus abaissée dans le bassin, et quelquefois c'est l'antérieure; ce qui rend l'opération tantôt plus facile et tantôt plus difficile; mais cependant le plus ordinairement, c'est le vertex qui se présente le premier, et qui offre le plus de difficultés à l'accouchement.

761. On reconnoît cette situation de la tête lorsque la suture sagitale est dans la direction du grand diamètre du bassin, et que la grande fontanelle antérieure se trouve d'un côté, tandis que la petite ou la postérieure est de l'autre.

762. Après l'application de l'instrument, le grand écartement de ses branches, même sans le labimètre, sert encore à rendre manifeste la véritable situation de la tête, déja reconnue d'ailleurs.

763. Dans certains cas, il est incertain si on pourra extraire la tête dans cette position, parce qu'elle abandonne quelquefois le forceps et reste encore dans le bassin: lorsque cela arrive, l'instrument quitte toujours la tête en-dessous, soit que cela dépende de la tête et du bassin, ou de la manière de procéder à l'extraction.

764. On doit par conséquent, pour ces raisons et pour d'autres encore, porter le sommet des cuillers de l'instrument assez haut et assez en devant, comme dans le premier tems de l'opération, et sur la fin on doit continuer de tirer en tenant l'instrument dans la position qui convient au second tems de l'opération; et comme, dans ce cas, la tête est susceptible d'un moindre développement, il ne faut pas autant élever le manche qu'on le feroit dans le troisième tems de l'opération.

765. Comme dans cet accouchement très-difficile, le périnée, pour les raisons déjà rapportées (§. §. 757, 763.), souffre beaucoup, et peut être lésé, il arrive aisément que l'instrument laisse une légère impression aux tégumens communs de la tête, principalement vers le milieu du coronal.

766. Par la différente direction de l'impression faite par la cuiller au milieu du coronal (§. *précéd.*), on peut connoître, même après l'accouchement, de quel côté de la mère la face étoit tournée, et par laquelle des deux cuillers cette impression a été faite.

767. La méthode de Levret, qui consiste à tourner transversalement dans le bassin la tête située de manière que la face répond à l'un des côtés, au moyen d'un procédé particulier qui s'exerce avec une branche du forceps (ce qui est réellement praticable dans le cas d'enclavement des épaules, la tête étant sortie), de manière que la face se porte sous les os pubis, et que cette seconde espèce se convertisse en la première, est aussi impossible à pratiquer, qu'il est impossible qu'un ovale renfermé dans un autre ovale se tourne dans celui-ci, de manière que le grand diamètre de l'ovale contenu, puisse se réduire au point d'entrer dans le diamètre transversal de l'ovale externe.

768. Le conseil que donne Baudelocque, dans le cas où la tête est située transversalement, la face étant de côté, qui consiste à appliquer le forceps sous les os du pubis et sur le sacrum, de tirer ainsi en bas la tête, et lorsqu'elle est arrivée au détroit inférieur du bassin, de la tourner en même tems que l'instrument, de manière à en diriger la face vers le sacrum avant de l'extraire, me paroît peu judicieux, et pouvoir être suivi d'accidens fâcheux.

769. Le projet mal conçu de Fried est encore plus dangereux. Cet auteur conseille, lorsque la tête est restée enclavée au détroit supérieur du bassin, et qu'elle est dans la situation naturelle, la face répondant au sacrum, de la saisir avec le forceps, de la tourner vers l'un des côtés du bassin, de manière que sa partie antérieure soit placée de côté, de la tirer ensuite dans cette position jusqu'au détroit inférieur, enfin, de la tourner de nouveau de manière que la face réponde au sacrum, et de terminer ainsi l'accouchement.

CHAPITRE III.

De l'enclavement de la tête, la face étant tournée en devant.

770. PARMI les espèces d'accouchemens difficiles par la tête, dépendans du premier genre, on a compris pour la troisième la situation de la tête dans laquelle la face est en devant ou sous les os pubis : il est extrêmement rare de rencontrer dans la pratique cette troisième espèce, pour les raisons que nous avons rapportées. (*Théor.* §. §. 438, 444.)

771. Mais lorsque cette espèce d'accouchement se présente, la conduite à tenir est aussi difficile que l'espèce est rare ; quoique, dans ce cas, la tête ne soit pas toujours aussi fortement enclavée que dans la première.

772. Cela provient en partie de ce que la surface antérieure de la face, qui est la partie la plus large, se trouve située sous la petite arcade que forment les os pubis, et est obligée de passer par l'étroite commissure supérieure des parties externes ; tandis que la pointe postérieure de la tête ou l'occiput appuie sur le coccix, et se trouve ainsi, d'une manière inverse et tout-à-fait contre-nature, tournée vers l'ouverture la plus large du bassin, et vers la commissure inférieure des parties externes qui est plus spacieuse. D'un autre côté, la tête est ordinairement déjà trop développée avant le tems ; son grand diamètre répond au petit diamètre du bassin, d'où il résulte que le vertex, proprement dit, se présente au lieu de la pointe postérieure, et ne peut se développer aussi facilement que lorsque la tête enclavée est bien située.

773. On reconnoît cette position de la tête lorsque la grande fontanelle antérieure se trouve située d'une manière inverse près des os pubis, et la petite fontanelle postérieure près de l'os sacrum.

774. A quelle partie du bassin que la tête se trouve ainsi enclavée, on aura attention que le manche du forceps ne soit pas abaissé trop obliquement vers le périnée, et cela afin de ne point blesser la tête.

775. Pour ce qui a rapport à l'extraction, pour mieux garantir la face, et parce que la tête est moins disposée à se développer, on aura soin de continuer à tirer comme nous l'avons recommandé pour le second tems de l'opération, ou, du moins, de ne pas tirer entièrement comme dans le troisième tems.

776. Cet accouchement se termine ordinairement très-difficilement, et il en résulte fort souvent la lésion du périnée (§. 772.)

CHAPITRE IV.

De l'enclavement de la tête située obliquement.

777. Le genre qui comprend l'enclavement oblique de la tête renferme principalement deux espèces communes (§. 697.), savoir, la situation oblique de la tête du côté droit, et la situation oblique de la tête du côté gauche de la mère, soit que la face soit tournée en devant ou en arrière.

778. La situation oblique de la tête vers le côté gauche de la mère étant la plus fréquente (§. 143), désormais nous l'appellerons toujours la première espèce, soit que la face soit dirigée en avant ou en arrière.

779. La situation oblique de la tête vers le côté droit de la mère, qui se présente plus rarement, sera toujours appelée la seconde espèce, soit que la face réponde en avant ou en arrière.

780. Les obliquités particulières de la tête dans des situations plus mauvaises encore de la même espèce (§. 698), formeront le troisième genre.

781. La règle générale exige que l'on applique d'abord la branche de l'instrument du côté de l'obliquité de la tête, qui est toujours celui où elle est le plus serrée.

782. Et comme cela a lieu le plus communément du côté gauche de la mère (§. 153.), il en résulte que l'axe mobile se trouve exactement dans la branche du forceps que l'on introduit à gauche (§. 578.)

783. En supposant que la tête soit dans l'obliquité de la seconde espèce (§. 779.), d'après la règle générale, la branche mâle ne peut être mise que sur la branche femelle.

784. Mais il suffit de savoir changer les branches en portant en dessous celle qui est dessus; et par ce procédé, on aura prévenu tout inconvénient, et appliqué convenablement l'instrument.

785. Si, dans la première espèce (§. 778), la tête est tellement serrée contre l'ilion gauche de la mère, qu'il ne soit pas possible de faire entrer la branche mâle de ce côté, il faut alors employer un procédé particulier.

786. On prend la branche mâle, et s'écartant des règles ordinaires (§. §. 712, 713, 714.), on la porte du côté droit de la matrice, on lui fait faire en haut, ou plutôt en bas, un demi-tour, au moyen duquel on la porte du côté gauche; de cette manière on lève toutes les difficultés, et la branche se place convenablement et d'une manière facile et particulière.

787. Il ne reste alors qu'à introduire à la manière accoutumée la branche femelle, et l'instrument est entièrement appliqué.

788. Supposé encore que, dans la seconde espèce d'obliquité de la tête, on ne puisse pas introduire directement (§. 781.) la branche femelle comme dans la première espèce; alors on prend cette branche femelle, et on l'introduit de la manière exposée (§. 786.) du côté gau-

che : ainsi on aura levé la principale difficulté, et rendu possible une chose impossible par tout autre procédé.

789. Cela fait, on introduit par le procédé le plus simple la branche mâle, et alors il ne reste d'autre difficulté que celle de faire rencontrer la branche mâle avec la branche femelle.

790. On y parvient facilement en suivant le précepte donné (§. 784.); et après qu'on aura terminé ce qui a rapport à l'application de l'instrument, il ne restera qu'à entreprendre l'opération par son aide.

CHAPITRE V.

De l'enclavement de la tête, la face se présentant.

791. De l'obliquité de la tête en avant ou en arrière, naissent quelquefois, pendant le travail de l'accouchement, ses plus mauvaises positions, soit que le fœtus soit dans une situation perpendiculaire avec l'axe du bassin, soit qu'il se trouve placé sur le ventre ou sur le dos.

792. Mais des positions plus mauvaises encore qui en résultent, sont celles dans lesquelles le fœtus s'écarte de côté de l'axe du bassin, et lorsqu'il est appuyé sur l'un ou sur l'autre de ses propres côtés.

793. Dans ces cas, le fœtus vient par la partie antérieure de la tête, et présente la face; ou bien il vient par l'occiput, et présente en partie la nuque. Dans tous ces cas, la tête est toujours appuyée contre le détroit supérieur du bassin.

794. Ce genre de positions extrêmement vicieuses de la tête, renferme par conséquent trois espèces de la première manière, et autant de la seconde.

795. Outre les signes généraux de l'obliquité de la matrice et du fœtus (§. §. 130, 131.), on reconnoît ces positions particulières de la tête, malgré l'épaisseur et la

tuméfaction informe des parties, par le moyen du toucher, et par la reconnoissance des mêmes parties qui se présentent.

796. En général, il vaut mieux, dans tous les cas dans lesquels la tête se présente dans une très-mauvaise position, retourner le fœtus à tems; mais, lorsqu'il est déjà trop engagé dans une de ces positions vicieuses pour qu'on puisse essayer de le retourner, il ne reste de ressource que dans l'emploi des instrumens.

797. La première espèce de la première manière a lieu, lorsque le fœtus présente la tête de manière que le front répond aux os pubis et le menton au sacrum; elle est la plus commune, et réclame une manière particulière d'appliquer le forceps.

798. Dans cette position, les douleurs poussent la partie antérieure de la tête contre les os pubis, de manière qu'au lieu de la tête, c'est le col distendu, et la partie antérieure de la poitrine, qui sont poussés en avant.

799. Dans ce cas, il importe de lever l'obstacle, et de réduire la tête déjà trop développée, de manière qu'elle puisse entrer dans le bassin, et en remplir exactement la cavité.

800. Enfin, en plaçant la femme dans une situation avantageuse, on parvient à remplir cette indication au moyen du levier, en employant un procédé convenable. Dans ce cas, il seroit inutile et même dangereux d'essayer de déplacer la tête en exerçant une simple pression sur elle.

801. Le procédé ordinaire, qui consiste à se servir du forceps, seroit même plus nuisible qu'utile, parce qu'il ne feroit que tirer toujours davantage la tête contre le pubis. Le forceps droit ne pourroit nullement embrasser la tête, et, par-là même, ne peut être d'aucune utilité.

802. Il n'y a que l'instrument de Levret, c'est-à-dire, le forceps long et courbe qui puisse être de quelque uti-

lité dans cette occasion ; pourvu qu'à l'aide du lac, on sache lui donner une force composée, au moyen de laquelle la tête sera tirée dans deux directions différentes, de manière qu'elle ne pourra suivre ni l'une ni l'autre, mais bien la ligne diagonale qui est l'axe même du bassin.

803. Pour cela, on passe le lac du forceps, avant ou après, par les fenêtres des cuillers de l'instrument, et on en réunit convenablement les extrémités en bas.

804. Pour opérer l'extraction, on prend l'instrument d'une main, et de l'autre, on saisit le lac à l'endroit où il est noué : avec celui-ci, on tire constamment en bas, ce qui fait que, par l'élévation de l'instrument, la tête se développe peu-à-peu à mesure qu'elle descend dans le bassin.

805. Il faut, sur-tout dans ce cas, porter l'instrument plus haut, et en placer les cuillers le plus avant qu'il est possible pour plus grande sûreté, et unir ensemble les manches au moyen d'un autre lac.

806. Dans les cas où l'instrument, qui va aussi haut que le lac du forceps, qui a dû être placé préalablement, peut, pendant l'opération, léser le périnée, par la compression qu'il exerce sur lui, il faut en porter la pointe plus en dedans ; et, par ce moyen, le lac s'accroche en devant de l'axe du forceps, avant qu'on en ait noué les extrémités en dessous.

807. Et lorsque l'instrument se porte si haut que l'on ne peut fermer bien perpendiculairement son axe avec la clef, on l'unira et on la fermera assez facilement sur le côté avec la clef.

808. Dans la seconde espèce de la première manière, le front appuie quelquefois à l'ilion droit, et quelquefois à l'ilion gauche de la mère, tandis que le menton est toujours tourné du côté opposé, et, de même que dans la première espèce, la tête est située de manière que l'occiput est entre les épaules.

809. Il est rare que, dans ces cas, le forceps puisse être de quelque utilité, si ce n'est après avoir donné à la tête une autre position avec une seule branche, employée comme un levier ordinaire, et l'avoir mis dans la position de la seconde espèce du premier genre (§. 757.); ensuite on se conduit comme on l'a conseillé (§. §. 763, 764). Cependant le forceps réussit encore quelquefois dans ce cas, sans qu'on ait besoin d'opérer aucune réduction.

810. On ne peut cependant pas, comme dans la première espèce (§. 797 *et suiv.*), opérer de la même manière dans la troisième, dans laquelle le fœtus présente la face de manière que le front répond au sacrum et le menton au pubis; mais il faut dégager de bonne heure la tête en avant, et la réduire à la troisième espèce du premier genre, c'est-à-dire, placer la face en avant (§. 770.), et se régler de suite suivant les préceptes qui ont été donnés (§. §. 774, 775.).

811. Dans toutes ces espèces, de même que dans les suivantes de la seconde manière, l'usage prudent du tire-tête à trois branches de Levret peut encore avoir quelques avantages particuliers.

812. Les trois espèces de la seconde manière, se distinguent de celles de la première, seulement pour ce qui a rapport à la situation inverse de la tête, laquelle est alors appuyée par sa partie postérieure dans l'une des quatre principales régions du détroit supérieur du bassin. Ensuite la nuque descend pour ainsi dire plus bas dans le bassin, que la tête elle-même, et la face, qui reste en haut, se trouve fortement comprimée contre la poitrine. Au reste, le procédé à employer pour cette espèce se rapproche beaucoup du précédent.

813. Dans les cas les plus difficiles de toutes ces espèces, il ne reste de ressource que dans l'emploi du perforateur.

CHAPITRE VI.

De la perforation de la tête.

814. Le genre d'opération, que l'on entend par perforation, comprend deux espèces principales, qui dépendent ou de ce que la tête à perforer se présente avant toute autre partie, ou de ce qu'elle est restée la dernière dans le bassin.

815. Lorsque la tête est enclavée dans l'une des trois positions du premier genre, et que l'enclavement est au troisième degré, que l'on a déjà inutilement fait usage du forceps, il faut recourir à la perforation de la tête.

816. La première espèce de cette opération, ou la perforation de la tête, celle-ci venant la première, est plus facile que la seconde, c'est-à-dire, que la perforation de la tête, excessivement enclavée dans la matrice, après qu'on a retourné le fœtus. Celle-ci diffère encore de la première relativement aux instrumens et à la manière de les employer.

817. On ne doit perforer que certaines parties de la tête, sur-tout on doit perforer de préférence les deux extrémités opposées à sa base, c'est-à-dire, le sinciput ou le vertex, et la partie postérieure de la tête ou l'occiput.

818. Néanmoins, dans le cas de nécessité, on peut également perforer la partie antérieure de la tête et les pariétaux : mais il ne convient jamais de perforer l'une ou l'autre de ses deux bases, c'est-à-dire, l'antérieure ou l'inférieure, et ce seroit commettre un acte d'impéritie que de le faire.

819. Dans la première espèce de cette opération, il est rarement nécessaire, et il seroit souvent impossible de

changer la situation de la tête, qui doit avoir été reconnue avant d'avoir fait usage du forceps.

820. De même, il n'est pas toujours nécessaire d'enlever le forceps qui a été appliqué auparavant, et dont on a essayé de se servir, puisqu'on peut souvent le laisser en place, et l'employer avantageusement pour extraire la tête après la perforation.

821. Parmi tous les perforateurs qu'on a proposés, on emploiera de préférence celui de Smellie, ou plutôt de Levret; et l'on pourroit aussi commencer l'opération avec le nouvel instrument de Rœderer (§. 599.)

822. Dans certaines positions de la tête, on ne peut pas refuser au perforateur de Orm, corrigé par Smellie et Levret, la préférence sur tous les instrumens droits de cette espèce.

823. Pour faire convenablement et avec sûreté la perforation, on doit choisir l'une des sutures du crâne qui se présente plus favorablement à l'orifice de la matrice, et y appliquer l'extrémité du doigt.

824. Ensuite on prend l'instrument de Smellie que l'on introduit fermé le long de la paume de la main, on l'applique sur la suture au lieu du doigt que l'on place de côté, les ailes de l'instrument étant dans la direction de la suture, et on le fait pénétrer ainsi jusqu'aux ailes. Ensuite on ouvre assez l'instrument pour dilater suffisamment l'ouverture qu'on a faite, on referme l'instrument, et on l'introduit de nouveau, y compris les ailes, dans l'ouverture élargie, afin de rompre les méninges dans différentes directions, au moyen de quelques coups de ciseaux.

825. Ou bien, si la tête présente à l'orifice une de ses fontanelles, on réapplique l'instrument dans la direction opposée pour ouvrir la fontanelle en croix, et former des angles verticaux.

826. L'opération faite, d'après l'un ou l'autre de ces procédés (§. §. 824, 825), on retire l'instrument fermé

pour opérer de nouveau avec le forceps, sans craindre que la compression de la tête, opérée par le forceps même, ferme l'ouverture de la tête, quelque petite qu'elle soit, et s'oppose à la sortie du cerveau.

827. Si par l'effet de l'écrasement de la tête, le forceps échappoit (§. 820.), on appliqueroit les tenailles pour le crâne de Mesnard, et on s'en serviroit pour extraire la tête.

828. Dans l'application de cet instrument, on doit faire ensorte que la partie interne concave d'une branche appuie en dehors sur la convexité du crâne : de cette manière, la convexité interne de l'autre branche saisira la surface concave du crâne, et la grande concavité externe de l'instrument se logera sous l'arc du pubis.

829. La construction de cet instrument, d'ailleurs, est telle, que lors même qu'on le tire en ligne droite, quelque bien située que soit la femme, il tire la tête en bas en suivant la direction du plan incliné inverse, qui forme avec l'horizon l'axe du bassin.

830. Aussitôt que la tête se montre au détroit inférieur du bassin, et remplit en grande partie le vagin, on doit élever de nouveau cet instrument à la manière des autres, le porter pour ainsi dire sur le ventre de la femme pour dégager la tête, parce qu'il a son point d'appui sous les os pubis.

831. Il est rare qu'il soit nécessaire d'employer un crochet de Smellie en place de cet instrument : dans ce cas, il faudroit l'implanter fortement dans quelque partie qui offriroit de la résistance.

832. Le perforateur de Levret, qui est capable d'opérer une dilatation beaucoup plus grande, dilatation au moyen de laquelle on peut se dispenser d'ouvrir le crâne en croix, s'applique, pour ainsi dire, d'après les mêmes principes.

833. Quelquefois on parvient facilement à perforer la tête au moyen du simple bistouri de doigt de Rœderer.

834. Dans ce cas, il faut d'abord enlever le forceps placé auparavant; ensuite on met l'instrument sur la première phalange du doigt du milieu de la main droite ou gauche, de manière que le dos convexe de la lame réponde à la face interne du doigt; on place les doigts indicateur et annulaire des deux côtés du plat de la lame, le pouce et l'auriculaire sont appliqués à la face interne des doigts indicateur et annulaire, de manière que la main prend une forme aiguë: on introduit la main ainsi armée dans les parties, on appuie l'instrument contre la tête, et on le porte en haut vers le sacrum, jusqu'à l'endroit où doit se commencer l'incision, puis on ouvre la tête à l'endroit d'une suture, en retirant la main la arrière.

CHAPITRE VII.

De l'enclavement de la tête après avoir retourné le fœtus.

835. La tête, qui est restée en arrière après qu'on a retourné le fœtus, et qui s'est enclavée lorsqu'on tiroit sur le corps, constitue les opérations de la seconde classe (§. 700.) dans cette seconde partie.

836. Ce genre comprend trois espèces qui dépendent de ce que la tête est enclavée, la face étant dans l'une des espèces du premier genre (§. 696.), dans laquelle la tête se présente la première lors de l'accouchement, c'est-à-dire, en avant, en arrière, ou de côté.

837. Le plus souvent la tête est enclavée comme dans la troisième espèce, et alors il faut lui donner au moins la position de la seconde, afin de pouvoir lui faire traverser le bassin.

838. Ou bien si la tête se trouvoit enclavée comme dans la première espèce, il faudroit lui donner la position de la seconde.

839. Pour opérer cette transmutation (§. *précéd.*), ou celle indiquée au §. 837, il faut repousser un peu en arrière le corps du fœtus, déjà sorti et enveloppé dans un linge, le tourner ensuite d'un côté, tandis qu'on porte en même-temps l'autre main à la bouche du fœtus, pour diriger plus aisément la tête du même côté.

840. La tête tirée en bas dans la direction du détroit supérieur du bassin, comme dans la seconde espèce, c'est-à-dire, dans la position latérale, il faut, quand elle est parvenue au détroit inférieur, la tourner de nouveau dans une position semblable à la première espèce, pour pouvoir la dégager au passage, et préserver ainsi les parties de la mère.

841. Supposé encore que la tête soit dans la position de la première espèce, elle peut aussi, à raison de sa grosseur ou de l'étroitesse du bassin, s'enclaver à l'un des détroits, et cela dans l'un des trois degrés que nous avons établi, de manière qu'on ne puisse point opérer la réduction dont nous parlons, et qu'on soit obligé de recourir à l'usage du forceps.

842. Pour appliquer le forceps dans ce cas, on fait élever en avant le corps du fœtus, ainsi que les bras, afin de se procurer de l'espace au-dessous; on introduit la main ouverte jusqu'à l'orifice de la matrice, on y porte de chaque côté une branche du forceps, et on les place avec adresse sur les parties latérales de la face jusqu'à la hauteur de la tête (*Tab.* 8, *fig.* 1.).

843. L'instrument étant appliqué, on procède à l'opération en suivant les mêmes règles qui ont été prescrites en parlant de l'accouchement artificiel dans lequel la tête se présente la première.

844. Rarement, et seulement dans les cas extrêmes d'enclavement de la tête au troisième degré, on aura besoin d'avoir recours à la perforation.

845. Dans ce cas, il convient d'enlever d'abord le forceps,

forceps, après quoi on opère la perforation de la tête d'après un tout autre procédé.

846. La perforation de la tête enclavée après l'extraction du corps dans la position de la seconde espèce (§. 816.), ne peut se faire qu'à l'aide du crochet de Smellie et de Levret, ou avec le bistouri de doigt de Rœderer.

847. Pour cela, on introduit la main ouverte le long de la partie postérieure du vagin le plus haut que l'on peut, passant par l'orifice de la matrice sur la face du fœtus jusqu'à la partie antérieure du crâne; ensuite on introduit le crochet précédent, la pointe dirigée contre le fœtus le long de la paume de la main, dans la direction d'une ligne courbe, le plus haut qu'il est possible: on applique et on fixe la pointe du crochet dans la partie antérieure de la tête, ou mieux dans la grande fontanelle antérieure; ensuite on extrait la tête en suivant les règles de l'art.

848. Pour que la pointe du crochet ait beaucoup de prise, il faut la faire pénétrer dans le crâne, et non pas entre le crâne et les tégumens : lorsqu'on a bien appliqué l'instrument, on ne peut plus en sentir la pointe extérieurement.

849. Quelquefois, principalement lorsque le bassin est très-étroit dans son petit diamètre, ou lorsque la tête est extrêmement volumineuse, la main trouve plus de facilité à entrer et conduire le crochet dans la direction de l'un ou l'autre des diamètres obliques de Deventer. Il faut cependant, dans ce cas, après en avoir bien implanté la pointe, tourner d'abord l'instrument vers la paroi postérieure du vagin, afin de pouvoir tirer dans la direction convenable au développement de la tête.

850. L'opération se termine ordinairement alors avec un seul crochet, sans qu'on ait besoin de recourir à l'usage du forceps; et quand, en tirant, le crochet auroit déchiré toute la partie antérieure de la tête, on pourroit

néanmoins, en dirigeant bien les tractions, ne point abandonner la tête; ou bien la tête devroit sortir très-aisément, lors même qu'on tireroit sur le col.

851. Quelquefois, quoique plus rarement, un peu plus difficilement, et en y apportant plus d'attention, la perforation de la tête faite, dans ce cas, avec le bistouri de doigt de Rœderer, ne réussit pas mal en divisant la partie antérieure de la tête à l'endroit de la suture frontale, ou à un endroit de la suture coronale d'un côté, et en faisant ensuite l'extraction de la tête en tirant sur le corps (*Tab.* 4, *fig.* 2.).

852. La manière d'opérer avec cet instrument est, dans ce cas, la même qui a été exposée (§. 834.); seulement il faut prévenir que l'on doit introduire la main armée à droite, un peu plus aplanie, et aussitôt qu'on a mis en place le bistouri, on monte avec la main aplanie le plus haut que l'on peut sur la tête, et on l'ouvre en retirant en bas la main sur la tête même.

CHAPITRE VIII.

De la tête séparée du corps et restée dans la matrice.

853. La troisième classe comprend les opérations qui se pratiquent lorsque la tête est séparée du corps, et qu'elle est restée dans la matrice après le renversement du fœtus.

854. Ce genre renferme trois espèces, qui dépendent de ce que la tête se trouve dans les espèces du genre précédent, la face étant située en arrière, en avant, ou de côté.

855. Ce genre tire son origine du précédent, principalement lorsque la tête est dans la position de la troisième espèce, et que l'accoucheur, partie pour n'avoir pas su estimer ses propres forces, et partie pour n'avoir

ni reconnu, ni changé la mauvaise position de la tête, a tiré mal-à-propos, et d'une mauvaise manière.

856. Avant tout, il faut que la seconde espèce dans laquelle la tête est située de manière que la face se trouve en avant, soit au moins convertie en la seconde, et qu'on lui donne une situation transversale, la face étant de côté.

857. Pour y parvenir, il faut repousser en arrière, et mouvoir entièrement la tête, dont le menton appuie fortement sur les os pubis, la placer ensuite de côté dans la matrice, situation dans laquelle elle est plus libre.

858. Cela fait, on peut extraire la tête, ou à l'aide de la main seule, ou avec le secours de différens instrumens que l'on a très-à-propos imaginés pour cet usage.

859. Essayant d'abord le premier moyen, on portera le doigt du milieu dans le grand trou occipital, en plaçant l'indicateur et l'annulaire sur les côtés, tandis qu'on introduit le pouce dans la bouche : ou bien on introduit l'indicateur dans le grand trou occipital ; on place le pouce et le doigt du milieu sur les côtés de la tête, en recourbant les autres doigts de la paume de la main ; ensuite on fait exécuter à la tête un quart de cercle, de manière qu'on porte la face de côté et en bas dans le vagin, jusqu'au détroit inférieur du bassin : alors on introduit deux doigts de l'autre main dans la bouche, on tourne la tête de manière que la face soit en bas ; et enfin on tire en devant par une révolution demi-circulaire, en faisant sortir d'abord la partie antérieure de la tête, et la postérieure la dernière.

860 Si on ne pouvoit employer ce procédé, parce que les vertèbres du col seroient restées unies à la tête, il faudroit alors l'exécuter d'une manière composée, c'est-à-dire, en partie avec la main, et en partie avec un tire-tête (§. 614.).

861. On introduit un de ces tire-têtes dans le grand trou occipital, de manière que cet instrument tienne lieu de

la main; ensuite on porte deux doigts de la main dont on ne se sert pas dans la bouche, et on procède pour le reste d'après les règles qui ont été posées (§. 859.).

862. Lorsqu'à raison de la très-grande étroitesse du bassin, ou du volume considérable de la tête, il est impossible que l'un de ces procédés réussisse, on aura recours au forceps; alors on commencera par repousser la tête en arrière, on placera l'occiput en bas, de manière que la base du crâne soit tournée en haut, et on appliquera l'instrument.

863. Dans l'application du forceps, on doit presque toujours avoir l'attention d'introduire d'abord la main gauche dans la matrice pour maintenir la tête dans une situation convenable et servir de conducteur au forceps; ensuite on introduit d'abord la branche mâle de l'instrument, mais à l'inverse, c'est-à-dire, du côté droit (§. 786.), on la fait parvenir par-dessus la tête, et on la porte au côté gauche de la mère dans une situation convenable.

864. Alors on trouve déjà la main gauche convenablement placée pour appliquer la branche femelle de l'instrument de son côté de la manière la plus simple, et il ne reste plus, après avoir fermé l'instrument, et en avoir lié les manches, qu'à faire l'extraction.

865. Dans les cas les plus difficiles, il faut également recourir à la perforation, qui, dans ces cas, peut se pratiquer, et est très-possible, lors même que le forceps est encore en place.

866. Ou bien (puisque, dans les cas les plus difficiles, il est rare que l'on réussise sans avoir recours à la perforation), on place la tête dans la situation la plus naturelle qu'elle soit susceptible de prendre après le renversement; on plante un crochet courbe dans la fontanelle antérieure, on retire la main jusqu'à la bouche, dans laquelle on introduit deux doigts, et on tire la tête en même-tems avec les deux mains.

867. On peut aussi, dans ces cas, se servir du bistouri de doigt de Rœderer pour ouvrir la tête.

868. Et, dans ce cas, on pourra aisément déduire le procédé à employer de tout ce qui a été dit (§. §. 834, 852.)

CHAPITRE IX.

De l'enclavement des épaules.

869. Dans cette quatrième classe d'opérations relatives aux accouchemens difficiles sont compris les genres qui traitent de l'enclavement des épaules et de celui des fesses.

870. Le genre qui traite de l'enclavement des épaules comprend deux espèces ; celle dans laquelle la tête déjà sortie est encore fortement attachée au tronc, et celle dans laquelle elle en est séparée.

871. Lorsque, dans la première espèce, la tête tient encore au tronc, elle est ordinairement placée en travers, la face est tournée vers un des côtés de la mère, tandis que les épaules, qui sont dans la direction de la tête (§. 107.), sont enclavées dans la direction du petit diamètre du bassin.

872. Les épaules ne s'enclavent que lorsque la tête est en grande partie sortie, et qu'elle est presque entièrement hors du vagin.

873. Comme l'enclavement des épaules ne peut pas s'opposer aux progrès de l'accouchement avant le passage de la tête, il en résulte que ce cas n'exige point l'usage du forceps, ou du moins n'exige pas qu'on l'applique sur la tête.

874. Le conseil que donnent dans ce cas quelques auteurs, de tirer les bras en bas, peut être rarement mis en pratique sans s'exposer à les luxer ou à les fracturer, même en se conformant aux règles qu'ils prescrivent.

875. Si on vouloit changer ou corriger la position latérale du corps en imprimant un mouvement de rotation à la tête, on tordroit le col au fœtus, sans remplir l'indication qu'on se proposeroit. Il faut par conséquent s'occuper de changer la mauvaise situation des épaules.

876. On satisfait à cette indication en appliquant d'une manière particulière une des branches du forceps.

877. Supposé que la tête soit située transversalement, la partie antérieure répondant au côté droit, et la partie postérieure au côté gauche de la femme, alors on prend la branche femelle de l'instrument, et, s'écartant de la règle ordinaire (§. 788.), on la porte obliquement de bas en haut au côté gauche de la mère, le long de la partie postérieure du col jusqu'à l'épaule gauche du fœtus, qui, dans ce cas, appuie fortement contre l'éminence du sacrum : alors on saisit le manche de l'instrument avec les deux mains, et on fait faire à cette branche, au-dessus de l'os sacrum et sur les épaules, une portion de tour du côté gauche au côté droit de la mère, en pressant en même-tems un peu fortement la branche contre l'épaule, et en faisant mouvoir la cuiller du forceps presqu'à la façon d'une scie. De cette manière, on tourne avec l'épaule le corps du fœtus vers le grand diamètre du bassin, et la tête, qui alors seulement est dans le cas de pouvoir être extraite, est tournée de manière que la face répond aux os pubis.

878. Si le premier essai ne réussit pas au gré de l'opérateur, il extrait la branche du forceps, et recommence le même procédé. Il suffit de mouvoir un peu l'épaule appuyée contre l'éminence du sacrum, de la transporter dans le diamètre oblique du bassin, pour que la résistance soit enlevée, et que le corps vienne en tirant simplement sur la tête.

879. Dans le cas où le fœtus est dans la position opposée à la précédente, on se sert de la branche mâle de l'instrument, et on emploie un procédé inverse.

880. Si, dans la seconde espèce, la tête étoit déjà séparée du tronc, les épaules et la poitrine sont ordinairement déjà fortement enclavées dans le bassin, de sorte qu'il n'est plus possible de retourner le corps décapité, et qu'il est préférable d'en faire l'extraction dans la position dans laquelle il se trouve.

881. Pour remplir cette indication, on emploie de préférence le crochet à gaîne de Levret.

882. On applique à la poitrine le crochet, totalement séparé de la gaîne dans le manche, en le faisant passer sous quelques-unes des côtes, et en observant, dans son application, les règles dont on ne doit jamais s'écarter dans l'usage de tout autre crochet; et aussitôt que la pointe est bien implantée, on pousse en haut la gaîne sur le manche, en même-tems que l'on fait tirer fortement à soi la moitié du manche du crochet lui-même, jusqu'à ce que l'instrument soit parfaitement fermé. Cela fait, on saisit le manche avec toute la main, et tirant à soi l'instrument, on tourne en haut ou en bas, afin que la poitrine, dans son passage, soit tournée en haut ou en bas.

CHAPITRE X.

De l'enclavement des fesses.

883. Le genre d'accouchemens dans lequel les fesses sont enclavées renferme principalement deux espèces. Ces espèces dépendent, ou de ce que les fesses sont enclavées dans la direction du grand diamètre du bassin, ou dans celle du petit; et le corps qui, dans la seconde espèce, ne peut être que dans une position latérale, peut, dans la première, être tourné en avant ou en arrière.

884. Lorsque, dans cette espèce, on ne peut plus retourner le fœtus, il n'est pas toujours possible, comme la plupart des accoucheurs le conseillent, de porter l'indicateur recourbé à l'une des aines du fœtus en forme de

crochet, et d'accélérer l'accouchement par ce procédé. D'un autre côté, le crochet obtus, que l'on propose pour remplir le même objet, est toujours, pour le fœtus, d'un usage plus dangereux que ne peut être l'emploi du forceps. (*Tab.* 12, *fig.* 3.)

885. Cependant, dans la première espèce, on applique le forceps de la manière la plus simple, et on fait l'extraction selon les règles de l'art, seulement jusqu'à ce qu'on puisse parvenir avec les deux doigts indicateurs aux aines du fœtus, pour continuer ensuite l'extraction, jusqu'à pouvoir lui faire exécuter, d'une manière convenable, un tour sur le ventre.

886. On doit, par le moyen d'une branche du forceps, convertir la seconde espèce en la première.

887. Le procédé qu'on emploie dans ce cas, lorsqu'on se sert d'une branche du forceps, est entièrement semblable à celui par lequel on dégage les épaules enclavées (§. 877), et il est également praticable; car, il est bien différent de mouvoir le grand diamètre d'un ovale dans le petit diamètre d'un autre ovale, ou de mouvoir deux ovales enclavés l'un dans l'autre, et ayant des diamètres semblables, et que le grand diamètre de l'ovale interne ait à se mouvoir dans le petit diamètre de l'externe.

888. Dans ce cas, il suffit également que les fesses passent dans les diamètres obliques du bassin pour que toute résistance cesse, et alors l'accouchement se termine ordinairement avec aisance, et par les seules forces de la nature.

889. Si ce moyen ne réussit pas, on tourne le grand diamètre des fesses dans le grand diamètre du bassin, on applique la seconde branche du forceps, et on termine l'accouchement en procédant d'après les règles que nous avons déjà exposées (§. 408.).

CHAPITRE XI.

Des règles applicables à l'emploi du tire-tête à trois branches.

890. Le tire-tête à trois branches de Levret est, à proprement parler, réservé pour le cas dans lequel la tête séparée est restée dans la matrice : souvent cet instrument peut être employé avec avantage dans d'autres cas encore dans lesquels le forceps ne réussit pas.

891. La manière d'appliquer cet instrument et de s'en servir, exige plus d'habitude et d'adresse de la part de l'opérateur que le forceps lui-même.

892. Il est aussi incontestable que dans les cas où le volume considérable de la tête, ou la grande étroitesse du bassin exigent qu'il exerce une forte compression sur la tête, le forceps doit être préféré.

893. Mais le tire-tête paroît avoir des avantages sur le forceps, dans des cas particuliers, où il faut opérer un développement particulier de la tête.

894. Comme l'effet de cet instrument consiste principalement à opérer une forte évolution de la tête, on ne peut bien s'en servir que lorsque la tête est déjà en partie engagée dans le petit bassin, excepté seulement dans quelques cas particuliers.

895. Une règle essentielle, qui cependant n'est pas universelle et invariable, est que le point fixe commun des trois branches de l'instrument, c'est-à-dire, l'axe, se rencontre sous le menton du fœtus.

896. Il est également de règle d'introduire l'instrument fermé, et la partie la plus longue tournée contre la paroi postérieure du vagin, le portant en haut, presque comme on fait, lorsqu'on veut introduire un cathéter aux hommes par-dessus le ventre, et sans donner ce qu'on appelle *le tour du maître*.

897. Si le menton se trouvoit à toute autre partie que sur le sacrum, il faudroit porter l'instrument du siége du sacrum à celui du menton dans la direction la plus commode, et au moyen de quelques mouvemens de mains adaptés au cas, le dégager en devant.

898. Lorsque l'axe de l'instrument est parvenu vis-à-vis le menton, et y éprouve de la résistance, alors on en dégage également et adroitement les branches des deux côtés, jusqu'à ce que l'instrument soit fermé, et qu'il ait ainsi embrassé la plus grande partie de la tête.

899. Dans l'extraction, il n'y a pas d'autres règles à observer que celles dont nous avons fait mention en parlant de l'usage du forceps.

900. Ce procédé suffira dans les cas où la tête est située dans la cavité du bassin, la face étant dans l'une des trois espèces du premier genre de la première classe.

901. Cependant, dans certains cas d'obliquité de la tête, quand elle est arrêtée au détroit supérieur du bassin, et qu'elle présente la face (§. 791 *et suiv.*), on applique l'axe de l'instrument sur l'occiput, comme dans le cas inverse, lorsque l'occiput se présente, il convient d'en porter l'axe sur la partie antérieure de la tête.

902. De même, on porte l'axe de l'instrument vers l'occiput, lorsqu'après le renversement, la tête est retenue dans le bassin, et que la face répond au sacrum.

903. Lorsque la tête est séparée du corps, et qu'elle est restée dans la matrice, quand le menton arrêté contre le pubis s'en est éloigné, et s'est porté en arrière, on déploiera l'instrument en dessous, et l'on en portera l'axe sur la partie antérieure de la tête, jusque sur la face.

CHAPITRE XII.

De l'opération Césarienne.

904. L'OPÉRATION ou la section césarienne, appelée encore *Hystérotomie* ou *Hystérotomotochie*, opération chirurgicale la plus dangereuse que l'on puisse faire à une femme en couche, est celle au moyen de laquelle l'enfant vient au jour à travers une incision pratiquée au bas-ventre et à la matrice, toutes les fois qu'il ne peut pas sortir par les voies naturelles, soit que la mère ou l'enfant soit vivant, ou qu'ils le soient tous deux, ou qu'ils ne le soient ni l'un ni l'autre.

905. Il semble que le nom qu'on a donné à cette opération, vient plutôt du fait lui-même, (*a cœso matris utero*), que de l'accouchement de J. César (1), dont on prétend, mal-à-propos, qu'elle le tire.

906. Il y a toute apparence aussi que cette opération n'a jamais été faite, du moins sur le corps vivant, avant le commencement du seizième siècle (2).

907. Si on en excepte Rousset, et sur-tout Ruleau, on trouve très-peu d'écrivains qui aient traité de cette opération d'une manière exacte, et d'après sa propre expérience, comme j'ai occasion de le faire moi-même (3). Car, dans les *Mémoires de l'Académie de Chirurgie de Paris*, c'est plutôt l'histoire et quelque théorie sur cette opération que l'on a donnée, que des règles pratiques pour la faire.

---

(1) Voy. Pline, *Hist. natur.* lib. 7, cap. 9, et Bayle, *Diction. hist. et critiq.* tom. 2, pag. 125.

(2) Gaspari Bauhini, *Appendix ad Roussetum.*

(3) Voy. *Das prog. von der Kaisergeburt.* Cassel, 1776. *Desgleichen das prog. von der Kaisergeburt.* Cassel, 1782.

908. Quoique quelques auteurs aient révoqué en doute, sinon la possibilité, du moins la réalité du succès de cette opération, cependant l'histoire de l'art nous montre le contraire : et il est tout au moins certain, que si toutes les mères n'ont pas survécu à l'opération, toutes du moins n'en sont pas mortes ; c'est pourquoi il n'est pas permis de laisser mourir, comme autrefois, la mère et l'enfant, et en quelque sorte l'un en faveur de l'autre.

909. La section césarienne est une opération plus récente que le démembrement de l'enfant dans le sein maternel, (*Embryotomie, Embryulchie*) : la première est toujours préférable au second ; et ce dernier doit tellement être en horreur, qu'il n'en soit plus fait mention dans aucun ouvrage de l'art.

910. On peut en dire autant de la section de Camper (1), ou de la division des os du pubis imaginée par Sigault (*Théor.* §. 104), à laquelle Siébold donna le premier le nom de *Synchondrotomie*, puisque cette nouvelle et étrange opération est très-éloignée de remplir l'indication qu'on se propose par elle.

911. La théorie nous apprend, que l'élargissement du bassin, que l'on opère par cette section, ne peut se faire qu'aux dépens et au préjudice de l'union des faces articulaires postérieures des os innominés avec le sacrum ; et, par conséquent, qu'on ne peut pas raisonnablement conseiller ni pratiquer cette opération, à cause des conséquences fâcheuses qui doivent en résulter.

912. L'expérience apprend en outre, que la dilatation possible que l'on obtient par cette section est limitée, et n'est point capable d'exclure, ni même de rendre plus rare la nécessité de l'opération césarienne ; que, par-là même, elle ne peut être d'aucun avantage ; qu'il faut lui

---

(1) Voy. *Petri Camperi epistola ad Dn. van Gescher, de emolumentis sectionis synchondroseos ossium pubis in partu difficili, etc.* Grœning, 1774.

préférer l'opération césarienne ; enfin, que souvent elle exige une seconde opération à faire sur le fœtus (1), c'est-à-dire, la perforation de la tête.

913. Néanmoins, la synchondrotomie pourroit, dans un cas, avoir un avantage particulier et exclusif, lorsqu'on peut éviter la perforation de la tête, pourvu que l'accoucheur soit assez prudent et assez intelligent pour déterminer ce cas avec une suffisante précision. En convenant que cette opération peut se pratiquer avec avantage dans un cas, son invention fait honneur à l'art.

914. Si les avantages de la disjonction de la symphise du pubis sont un problême, il n'en est pas ainsi d'un autre genre d'opération, qu'il est quelquefois nécessaire de faire, pour séparer deux fœtus unis dans la matrice (*Théor.* §. 383, 384). Pour faire cette opération, on se sert plus avantageusement du bistouri de doigt de Rœderer que de tout autre instrument.

915. L'opération césarienne renferme dans son genre deux espèces, qui dépendent de ce qu'on la pratique, ou en conformité des lois (2), aussitôt après la mort de la femme enceinte, ou sur la femme vivante.

916. Ainsi l'opération césarienne fournit à l'art, même après la mort de la mère, le dernier et le plus sûr moyen d'être utile à l'humanité ; ce qui prouve encore la prééminence de l'art des accouchemens sur toutes les autres branches de la médecine.

917. Pour pratiquer l'opération césarienne de la seconde espèce, c'est-à-dire, sur la femme vivante, il faut avoir

---

(1) *Das progr. von der Kaisergeburt.* Cassel, 1776, pag. 4 à la note : *Et Jos. Christ. Lud. Schmidt, Dissert. de nuper propositâ sectione synchondroseos ossium pubis in partu difficili.* Giessae, 1777, *passim, et in specie* §. 33.

(2) *Negat lex regia, mulierem, quæ prægnans mortua sit, humari, antequam partus ei excidatur : qui contra fecerit, spem animantis cum gravida peremisse videtur.* Digest. lib. II, tit. 8.

de puissans motifs et des indications bien pressantes. Car la plus grande partie des exemples que l'on a de cette opération, quoique ayant réussi pour le plus grand nombre, font plutôt voir une grande imprudence et l'ignorance qui régnoit dans ces tems, qu'ils ne donnent à connoître les véritables indications et les cas indispensables qui nécessitent absolument qu'on ait recours à cette opération.

918. Les véritables indications, et les cas réellement déterminés pour lesquels on restreint à présent la nécessité de cette opération sur la femme vivante, sont en très-petit nombre, et on les réduit aux suivans : 1°. Lorsque le bassin est écrasé, étroit et mal conformé (*Théor.* §. 89, 101.). 2°. Lorsque les parties génitales sont trop étroites ou par elles-mêmes, ou par l'effet de quelque accident. 3°. Lorsqu'il y a ce qu'on nomme improprement *hernie de matrice*. 4°. Lorsqu'il y a rupture de la matrice (*Théor.* §. 528.). 5°. Lorsqu'il y a deux jumeaux unis ensemble (*Théor.* §. 383, 384. *Prat.* §. 325, 667.) et qu'ils sont encore vivans. 6°. Lorsque la grossesse existe hors de la matrice. (*Théor.* §. 149 *et suiv. Tab.* 10, *fig.* 1, 2, 3 et 4.)

919. Comme un des principaux motifs qui déterminent à faire l'opération césarienne est la persuasion où l'on est que l'enfant est actuellement vivant, et qu'il est susceptible de pouvoir vivre après l'opération, il en résulte que les indications précédentes ont leur exception dans certaines circonstances, soit que l'enfant soit vivant ou mort.

920. Dans le cas de mauvaise conformation du bassin (§. 918, N°. 1.), il faut, d'après Levret, considérer non-seulement si l'accoucheur peut y introduire la main, mais encore s'il peut la retirer en même-tems que la partie du fœtus qu'il a saisie et qu'il amène : il faut aussi considérer si le fœtus est vivant ou mort, et si on peut le faire passer vivant par les parties naturelles. Il y a la même chose à dire, à l'égard des secours que l'on retire des ins-

trumens, et principalement du forceps, que l'on regarde dans ce cas comme les deux mains artificielles de l'accoucheur. (§. 655. *Tab.* 10, *fig.* 1, 2, 3 et 4.)

921. On doit encore avoir pour but principal de conserver la vie au fœtus (§. 918.), et savoir que quand le petit diamètre du détroit supérieur, mesuré avec le pelvimètre, n'a que trois pouces d'étendue, l'opération césarienne est absolument indiquée, puisqu'il est certain qu'un fœtus à terme et gros, doit perdre la vie pendant l'accouchement, si on ne recourt à cette opération. Par conséquent, dans ce cas, un accoucheur honnête ne doit opérer un accouchement à terme d'un fœtus gros et vivant que par l'opération césarienne.

922. Supposé qu'on doive faire l'opération césarienne, il faut encore la faire dans un moment convenable, c'est-à-dire, 1°. lorsque le fœtus est encore vivant; 2°. lorsque la mère est saine et a suffisamment de forces pour résister à l'opération; 3°. il faut autant que possible la faire de jour. Si les choses ne se passoient pas ainsi à l'égard des deux premières conditions, il vaudroit mieux laisser mourir tranquillement la mère que de la faire expirer sous l'instrument; et si les choses étoient tellement embrouillées que le cas fût très-embarrassant, on détermineroit s'il y a lieu d'opérer le démembrement du fœtus dans le sein de la mère. Au reste, l'opération césarienne réussit en général mieux, lorsqu'on la fait avant l'écoulement des eaux.

923. Pour faire l'opération, il faut avoir la précaution de tenir prêt, en le cachant néanmoins à la mère, l'appareil nécessaire, qui consiste en quelques bistouris, quelques éponges fines imbibées de vinaigre affoibli ou de vin tiède, quelques substances astringentes, des aiguilles courbes enfilées de fil ciré, une pince pour faire au besoin la ligature des vaisseaux, outre les objets dont on peut avoir besoin pour faire la gastroraphie et pour le pansement, savoir, quelques grandes aiguilles et des

courbes enfilées deux à deux de rubans fins et étroits de Hollande, cirés ou plutôt oints avec de l'huile, des bourdonnets trempés dans l'huile, une tente un peu grosse liée à un fil, des plumaceaux, de la charpie, de l'emplâtre agglutinatif, des compresses longuettes et autres, et un long bandage à deux chefs. (*Tab.* 6, *fig.* 2 *et* 4.)

924. Avant de procéder à l'opération, il convient que la femme aille à la selle, mais principalement qu'elle urine; ou bien il faudroit provoquer ces évacuations, la première par le moyen d'un lavement, et la seconde à l'aide d'une sonde flexible, afin que la vessie remplie d'urine ne se présente pas au bistouri, et ne soit pas exposée à être lésée.

925. On place ensuite la femme dans une situation commode pour l'opération et avantageuse pour la femme. La meilleure position qu'on puisse lui donner, est de la placer sur un lit un peu élevé et étroit, à la proximité de tous les objets dont on peut avoir besoin, et de manière qu'aucune partie du corps ne soit gênée ou tendue, moins encore le bas-ventre : c'est pourquoi il est à propos de tenir élevées les fesses et la partie supérieure du tronc, afin que le dos soit dans une espèce de fosse, et que les muscles du bas-ventre ne soient pas trop distendus. On place les aides de manière qu'ils puissent tenir la femme, et on assigne à chacun ce qu'il a à faire; on couvre la figure avec un linge, et pour assujétir davantage les membres, on applique les bracelets de Ledran.

926. Dans ce cas, comme dans tous ceux d'opérations chirurgicales, on peut faire l'incision ou à un endroit arbitraire, ou à un endroit d'élection, ou à un lieu de nécessité. Les motifs d'élection sont les vices essentiels et très-prononcés du foie, de la rate, l'existence d'une hernie ventrale, et sur-tout l'obliquité de la matrice qui reconnoît pour cause l'insertion latérale du placenta (*Théor.* §. 360, 365. *Prat.* §. 129 *et suiv.*) : ces motifs obligent de choisir le côté opposé, excepté le cas où la hernie se trouveroit

trouveroit à l'endroit même où l'incision devroit être faite, et où elle seroit adhérente. Dans le premier cas, aucun de ces motifs n'a lieu, et l'opérateur a le choix du côté où il veut opérer.

927. Deleurie et Lauvergeat ont proposé tous deux une méthode particulière de faire cette opération, et tous deux trouvent à leur méthode des avantages particuliers sur l'ancienne, qui consiste à faire l'incision sur le côté. Mais quoique leurs procédés paroissent avoir des avantages dans quelques cas particuliers, aucun d'eux ne peut être employé aussi généralement que l'ancienne méthode de l'incision latérale.

928. Quelque procédé que l'on choisisse, on n'emploie plus le moyen conseillé par Heister, qui consiste à tracer avec de l'encre le lieu à inciser : il suffit de le déterminer avec la vue, parce que alors on opère plus librement.

929. La longueur de l'incision des tégumens communs, du péritoine et de la matrice ne doit pas avoir plus de la troisième partie de la circonférence de la tête d'un petit enfant ou de son diamètre longitudinal, et en général elle doit avoir peu au-delà de six pouces. Il convient aussi d'avoir égard au volume du ventre de la mère, à celui du fœtus; et sur-tout il faut avoir pour principe qu'il y a moins d'inconvénient à faire l'incision plutôt grande que petite.

930. La direction de l'incision doit être la même que celle du muscle droit, c'est-à-dire, qu'elle doit être un peu oblique en devant et de bas en haut, de sorte qu'elle se trouve presque dans le milieu de quatre points qui détermineroient l'union des os pubis, l'ombilic, l'épine antérieure et supérieure de l'ilion, et l'union de la sixième vraie côte avec son cartilage, en suivant la direction oblique qui a été déterminée, et à environ trois bons travers de doigt de la ligne blanche. L'extrémité supérieure de l'incision faite dans cette direction ne doit pas s'étendre à plus d'un pouce au-dessus de l'ombilic, de même que son extrémité inférieure qui va se terminer vers le milieu

de la branche du pubis, doit finir à trois bons travers de doigt au-dessus du même os, au-devant du ligament inguinal appelé *ligament de Fallope* ou de *Poupart*, que l'on peut alors sentir manifestement avec le bout du doigt.

931. Après avoir donné à la femme une position favorable (§. 925.), on fait, d'après le conseil de Levret, vers le milieu de l'endroit à inciser, un grand pli un peu obliquement transversal, que l'on fait tenir d'un côté par un aide, et l'on fait d'un seul coup sur ce pli une incision avec le bistouri (§. 923.), jusqu'à la base. (*Tab.* 6, *fig.* 3.)

932. Comme cette incision ne comprend que le tissu cellulaire, et ne peut jamais pénétrer dans la cavité abdominale, il reste encore à inciser avec précaution les muscles et le péritoine assez pour pouvoir introduire dans la cavité le doigt indicateur et celui du milieu.

933. On introduit aussitôt dans l'ouverture ces deux doigts qui servent de conducteur au moyen duquel on agrandit l'incision en haut et en bas avec le bistouri dilatateur à pointe obtuse, étroit et concave. (§. 923.)

934. La plaie du bas-ventre devant être seulement suffisante (§. 932.) pour permettre l'introduction des doigts afin de la dilater (§. *précéd.*), il faut, pour faciliter cette introduction des doigts entre les parties extrêmement tendues de l'abdomen, ne pas les introduire directement selon la longueur de la plaie, mais bien en travers, et puis les tourner suivant la direction de la plaie : on doit agir d'après les mêmes principes en ouvrant et en dilatant la matrice.

935. Pour faire la dilatation de la plaie en haut et en bas (§. 933.), il faut se servir alternativement des deux mains. Si on fait l'opération du côté gauche, on conduira inférieurement le bistouri avec la main gauche, et supérieurement avec la droite, tandis que l'on tient le bistouri avec les doigts de l'autre main. On procédera d'une manière inverse, si on opère du côté droit.

936. Pour faire cette dilatation, les doigts situés sous le bistouri ont plus à agir que l'autre main, qui n'a pour ainsi dire qu'à conduire le manche de l'instrument, au lieu qu'avec cette main arrivée aux deux extrémités de l'ouverture dilatée, on élevera le bistouri appuyé sur la pointe des doigts, en lui faisant décrire une espèce de demi-cercle pour l'extraire, et dans ce moment, on opère plus avec la main qu'avec les doigts placés sous l'instrument.

937. En outre on doit conduire le bistouri sous les doigts de manière que leur extrémité, remplissant les fonctions de sonde obtuse, douée du sentiment, fasse avancer la demi-rotondité et la pointe obtuse du bistouri dilatateur.

938. Il est rare qu'en faisant l'incision ou en la dilatant, on ne coupe l'une des branches de l'artère épigastrique; dans ce cas, on fait la ligature de l'artère ouverte avant de continuer l'opération.

939. Lorsque la matrice est à découvert autant qu'il le faut, soit que les membranes soient déjà rompues et que les eaux soient écoulées ou non, il n'est jamais possible, du moins chez la femme morte, de faire le pli et d'ouvrir ainsi en même-tems les membranes et la matrice, comme on l'a fait dans la première incision aux tégumens du bas-ventre (§. 931.); car, dans le premier cas, la matrice est déjà fortement contractée sur le fœtus, et dans le second, on la trouve tendue et glissante, outre que les tégumens communs et les muscles abdominaux exercent dessus une pression trop forte. Enfin on ne peut ouvrir d'une autre manière la cavité de la matrice avec les membranes, si ce n'est en employant le même procédé et les mêmes précautions que nous avons indiquées en parlant de l'incision des muscles abdominaux et du péritoine. (§. 931.)

940. Les choses se passent différemment lorsque les eaux ne sont pas encore écoulées chez une femme morte, la matrice se trouvant entièrement libre, et n'étant comprimée ni par les tégumens, ni par les muscles abdomi-

naux, il est alors très-facile de former le pli. D'ailleurs je ne vois pas pourquoi, pour faire la section de la matrice, principalement lorsque les eaux ne sont point encore sorties, ainsi que pour celle des tégumens communs, il seroit si nécessaire de faire ce pli, et j'aurois même de bonnes raisons de conseiller que l'on fasse la première incision aux tégumens du côté droit avec le bistouri convexe inciseur, sans former le pli.

941. Lorsque, par ce procédé (§. 939.), on a ouvert la cavité de la matrice et les membranes, on dilate l'incision d'après les mêmes règles que l'on dilate la cavité de l'abdomen (§. 931 *et suiv.*), au moyen du bistouri convexe dilatateur ; ensuite on extrait avec précaution le fœtus et le placenta.

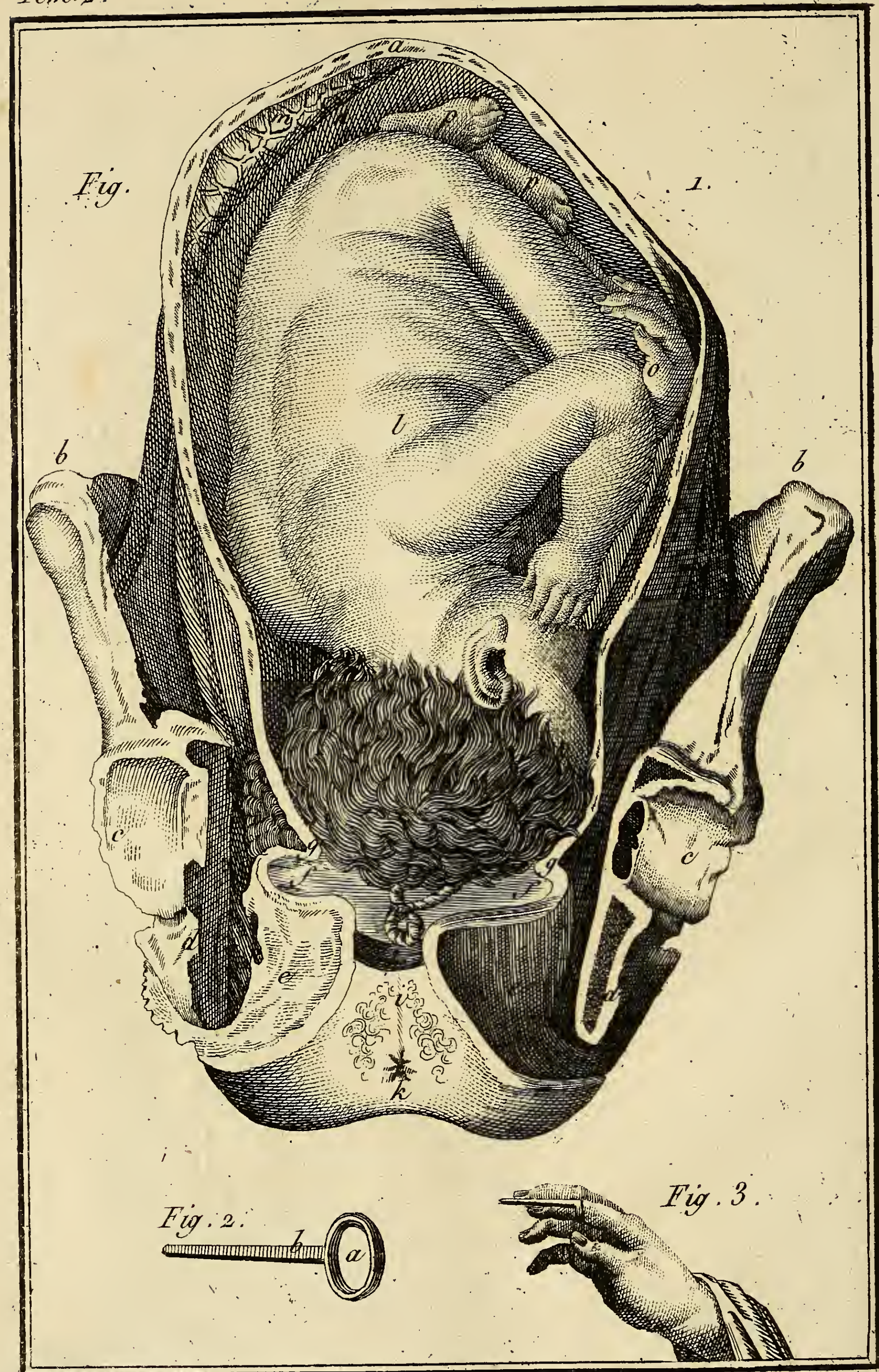
942. Excepté une petite portion d'épiploon lorsqu'il descend très-bas, il est difficile que les intestins se présentent, excepté lorsqu'on a fait l'extraction du fœtus ; mais on a soin de les faire retenir en arrière par un aide, tandis qu'on s'occupe d'extraire le placenta, ou en tirant seulement sur le cordon, ou en allant le prendre avec la main.

943. Comme on n'a pas à craindre de forte hémorragie de la part de la mère pendant l'opération, pourvu qu'on ait eu la précaution de ne pas faire l'incision de la matrice trop près de l'insertion du placenta, ce qui d'ailleurs ne seroit pas mortel, mais pourroit être très-dangereux, on éponge le sang qui est dans la cavité de la matrice et dans la plaie, et on fait la gastroraphie.

944. On abandonne donc à elle-même la plaie de la matrice, mais, quoi qu'on dise, celle du bas-ventre réclame la gastroraphie ; et de cette opération que l'on doit faire d'après les règles de la chirurgie, d'un traitement convenable, d'une position commode, et de tous les autres secours que réclame l'état d'une femme en couche, on obtient le plus souvent le succès que l'on désire.

FIN.




Fig. 1.
a
b
b
l
o
c
c
d
d
e
g
g
i
k
Fig. 2.
a
b
Fig. 3.

COURTE EXPLICATION

DES FIGURES

Qui ont rapport aux Accouchemens dans les cas difficiles et contre-nature.

EXPLICATION DE LA Ire. TABLE.

La première table sert principalement à éclaircir le cas dans lequel on doit opérer l'accouchement forcé, en retournant le fœtus, lorsqu'il est menacé d'un danger pressant.

FIG. 1.

Après avoir fait une incision verticale à la matrice et au bassin, au moyen de laquelle on a enlevé la paroi antérieure de ces parties, ce qui fait qu'on n'aperçoit que la moitié de la face interne postérieure de ces objets, on voit la matrice *a*, le bord supérieur de l'ilion *b*, la cavité cotiloïde *c*, la partie postérieure de l'ischion *d*, les contours de la membrane adipeuse *e*, le vagin avec son fond *f*, l'orifice de la matrice déjà un peu ouvert *g*, l'ouverture du vagin *h*, le périnée *i*, l'anus *k*. Le fœtus *l* est dans la situation dans laquelle il est à l'époque de l'accouchement à l'égard de la partie antérieure de son corps; le placenta *m* correspond et est dans un rapport réciproque avec les parties du fœtus et celles de l'œuf (§. 107 *et suiv.*); et comme le placenta *m* est d'une manière contre-nature, presque entièrement du côté droit de la matrice, de même la partie supérieure de la matrice-même, est sensiblement portée de ce côté (*Théor.* §. 370 *et suiv. Pratiq.* §. 128 *et suiv.*) Le fœtus se présente dans la seconde espèce du premier genre d'accouchemens contre-nature et difficiles par

la tête (§. 696, 757 *et suiv.*) Mais le cordon ombilical *n*, sortant derrière la tête, et vu le danger que court l'enfant de perdre la vie, il faut promptement recourir au renversement (§. 190, 191, 192, 193, 194, 467, n°. 2.) On voit comment la main droite de l'accoucheur *o* travaille du côté gauche de la matrice pour parvenir aux pieds *p* pliés aux genoux en haut, et faire l'extraction du fœtus.

FIG. 2.

Cette figure représente un instrument propre à rompre les membranes (*Théor.* §. 610. *Prat.* 608) : il consiste dans l'anneau *a*, et dans la pointe plate et pyramidale *b* qui y est jointe.

FIG. 3.

L'application de l'instrument (§. 611.)

EXPLICATION DE LA IIme. TABLE.

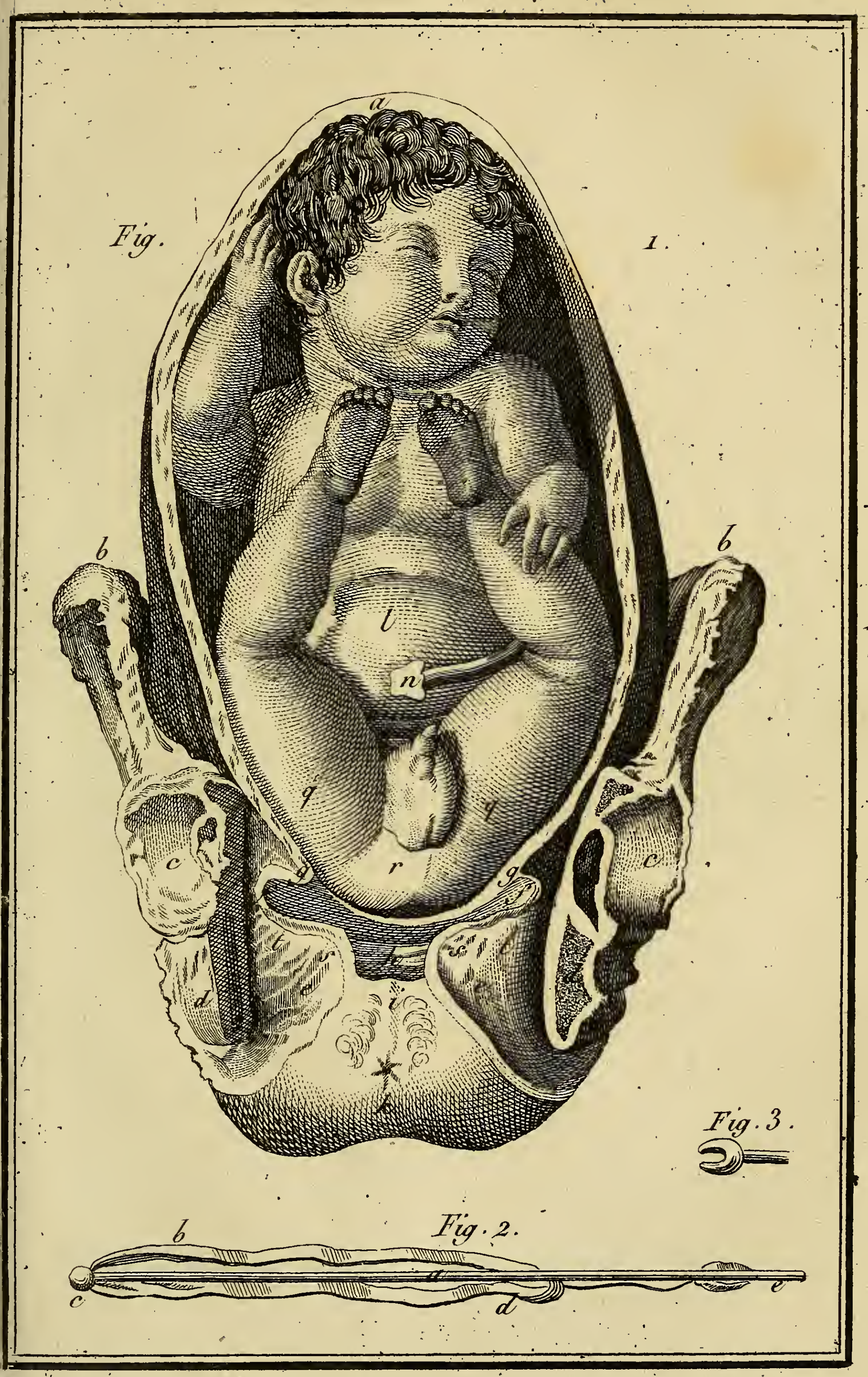
La seconde table sert principalement à faire connoître le procédé manuel à employer dans le cas d'accouchement difficile de la première classe (§. 336.), ou ce qu'on appelle *accouchement double* (§. 337.), qui est de la troisième espèce (§. §. 338, 339.) dans le genre parfait (§. §. 339, 395, 404.)

FIG. 1.

On remarque dans cette figure toutes les parties de la première table précédente désignées par les mêmes lettres : seulement ici la paroi antérieure du bassin, composée des pubis *q*, de leur symphise *r*, de la branche de l'ischion *s*, qui entourent le grand trou ovale *t*, sont désignées par les ligne spointées.

FIG. 2.

Cette figure représente le lac pour le pied (§. §. 299, 300.), appliqué au petit bâton conducteur prêt à en faire


Fig. 1.
a
b
b
c
c
d
g
g
l
n
q
q
r
s
s
t
t
h
i
Fig. 2.
b
a
c
d
e
Fig. 3.

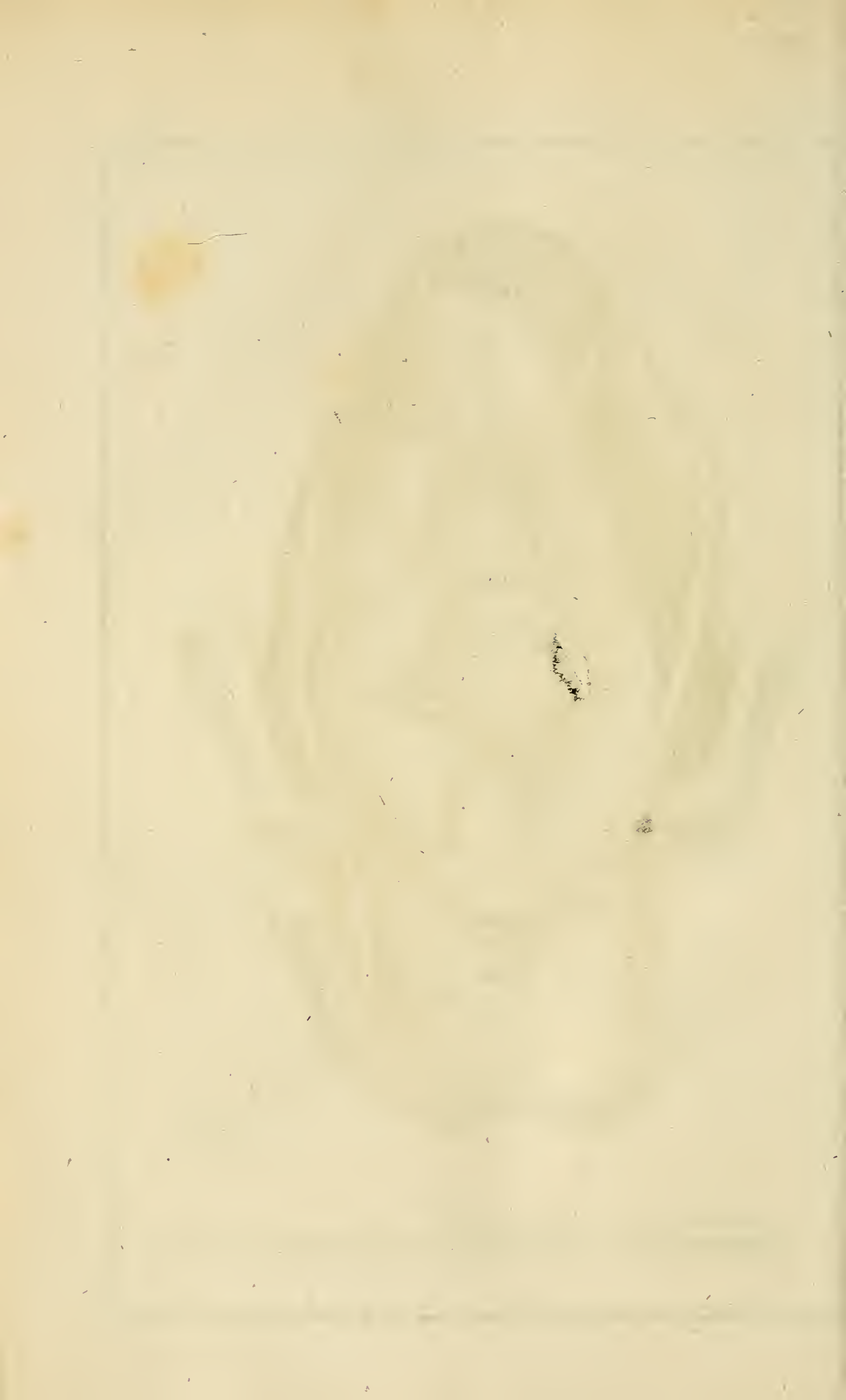



Fig. 1.
a
b
b
l
f
e
e
d
p
h
k
Fig. 2.
a
b
b
c
c

l'application. Le petit bâton *a* doit être en baleine, afin de s'accommoder aux courbures qu'on peut être obligé de lui imprimer. On voit comment le lac *b* passe à travers le bouton *c*, lorsqu'on veut se servir de cet instrument à la manière de Fried; il suffit que ce même lac porte près de son extrémité supérieure *d* une petite bourse allongée, dans laquelle on puisse introduire l'extrémité inférieure du petit bâton *e*.

FIG. 3.

L'extrémité supérieure du petit bâton conducteur faite en forme de gland avec une fissure : cette extrémité doit être d'ivoire et être bien unie au petit bâton.

EXPLICATION DE LA IIIme. TABLE.

Cette table sert principalement à représenter un procédé à employer dans le cas d'accouchement contre-nature et difficile de la seconde classe (§. 340.), et cela à la manière de la troisième espèce dans ce genre de situation transversale du fœtus, ayant les extrémités pendantes en bas (§. 416.)

FIG. 1.

Outre les parties désignées dans les premières tables par les mêmes caractères, on remarque ici le pied gauche *p* déjà descendu et se portant en avant, et la main droite *q* en arrière; on remarque en outre la situation extrêmement vicieuse du fœtus, qu'il est encore facile de reconnoître par les signes extérieurs, c'est-à-dire, par la configuration extérieure du ventre (§. 415, n°. 1.)

FIG. 2.

Cette figure fait connoître le perforateur de Levret (§. 600 *et suiv.*) Cet instrument est composé de deux branches unies ensemble *à jonction passée* à l'endroit de leur réunion *a*. On voit les manches avec les anneaux *b*, les lames *c* qui ont

presque la même longueur que les manches, et qui ne sont ni compactes, ni aiguës extérieurement. Elles se touchent le long de leur surface interne, lorsque l'instrument est fermé.

EXPLICATION DE LA IVme. TABLE.

Cette table sert principalement à donner un exemple du procédé manuel à employer dans l'accouchement contre-nature et difficile de la troisième classe (§. 342.), selon la première espèce de ce genre (§. 428.), c'est-à-dire, les extrémités inférieures tournées en-haut.

FIGURE 1.

On voit ici sous les mêmes caractères, presque toutes les parties décrites dans les premières figures des Tables précédentes; et la position extrêmement vicieuse du fœtus peut de même être reconnue à l'extérieur. En outre, le bras gauche *r* sorti jusqu'à l'aisselle, est tourné en arrière. Cette figure représente en partie une espèce d'accouchement difficile du genre de la troisième classe, et en partie de celui de la quatrième classe. (§. §. 344, 345, 427 *et suiv.*)

FIG. 2.

Cette figure fait voir le bistouri de doigt de Rœderer (§. 604 *et suiv.*). L'anneau *a* avec la charnière *b*, au moyen de laquelle ont peut la mouvoir en-haut et en-bas, la partie concave de la lame *c*.

FIG. 3.

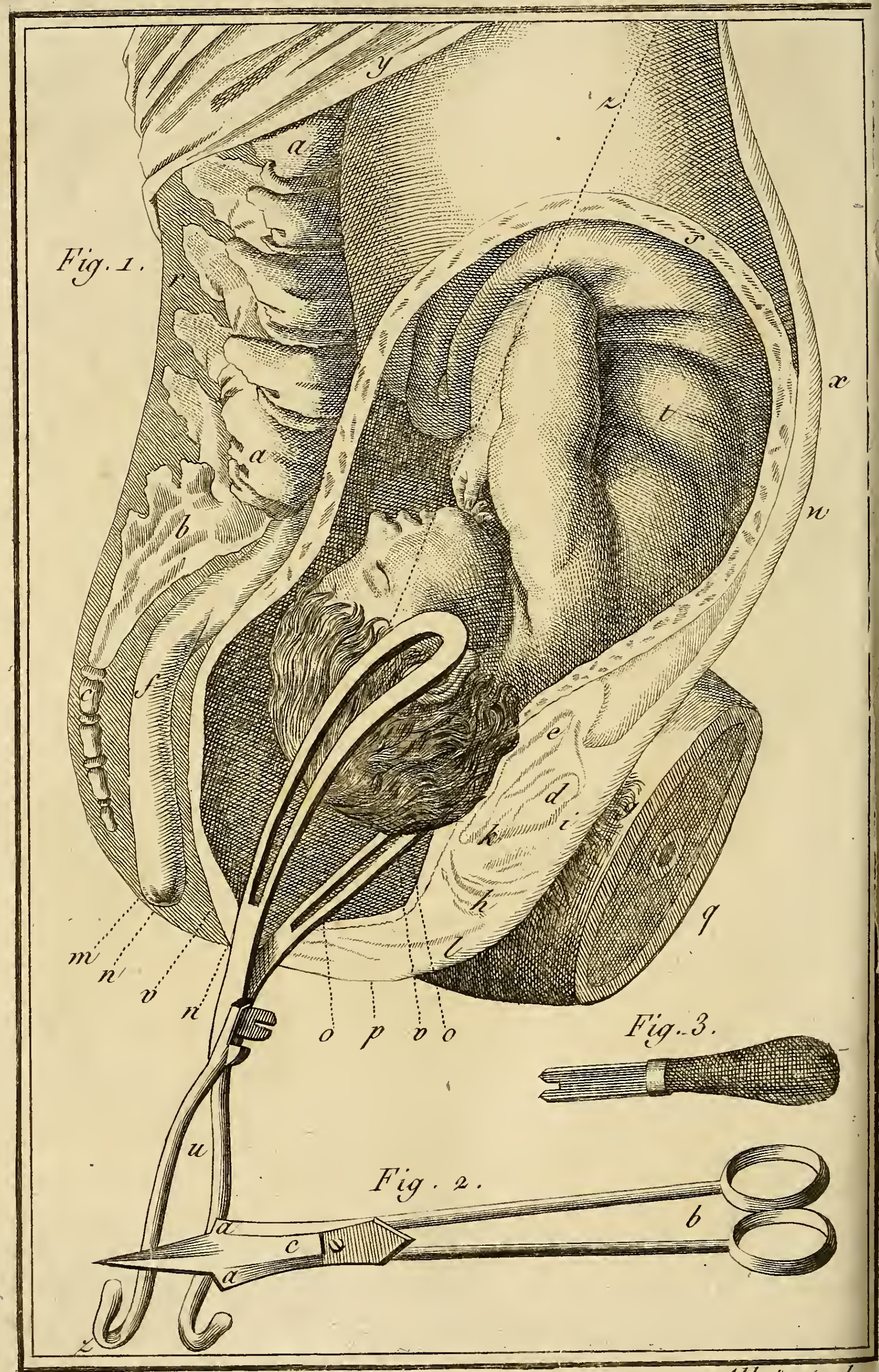
Cette figure représente l'application du bistouri de doigt.

EXPLICATION DE LA Vme. TABLE.

La principale figure de la Table cinquième est tirée de Johnson, et sert principalement à montrer dans quelle po-


Tom. 2.
Pl. 4.
Fig. 1.
a
b
b
l
r
Fig. 2.
c
c
a
b
Fig. 3.





Allais Sculp.

sition doit être placé le forceps au premier tems de l'opération. (§. 726.)

FIG. 1.

Après avoir fait une incision latérale au moyen de laquelle on a enlevé la moitié droite des parties de la mère, on en voit la moitié gauche, ainsi que le fœtus de profil; savoir : les vertèbres des lombes *a*, l'os sacrum *b*, les vertèbres du coccix *c*, la symphise du pubis gauche *d*, une partie de la vessie *e*, l'intestin rectum *f*, le mont de Vénus *g*, le clitoris et la petite lèvre gauche *h*, le prépuce du clitoris avec ses corps caverneux *i*, l'ouverture de l'urètre *k*, la grande lèvre gauche *l*, l'anus *m*, le périnée *n*, l'ouverture du vagin *o*, la fesse gauche *p*, la cuisse du même côté *q*, la peau avec la partie charnue des lombes *r*; sur-tout on remarque dans la matrice *s*, son orifice déjà très-dilaté, le fœtus *t* dont la tête est déjà hors du couronnement, et est parfaitement enclavée au détroit supérieur du bassin dans la première espèce du premier genre d'accouchemens, dans lequel la tête se présente la première (§. §. 696, 712.); l'instrument *a* est appliqué comme il convient *au premier tems de l'opération* (§. 726.) En outre, on voit encore dans cette figure, les parois antérieures et postérieures du vagin *v*, les tégumens communs du ventre *w*, l'ombilic *x*, le diaphragme dans sa direction *y*, et enfin la ligne pointillée *z*, qui forme à-peu-près la diagonale du parallélogramme des muscles abdominaux et du diaphragme (*Théor.* §. 642.), et forme par conséquent, en quelque sorte, l'axe du bassin, du fœtus et de la matrice elle-même (dans laquelle on voit encore l'instrument) à ce tems de l'accouchement. (*Théor.* §. 642.)

FIG. 2.

Cette figure donne à connoître le perforateur de Smellie (§. 600.) : excepté les ailes *a* (§. 824.), cet instrument ressemble parfaitement à un ciseau à manches longs et à lames courtes.

EXPLICATION DE LA VIme. TABLE.

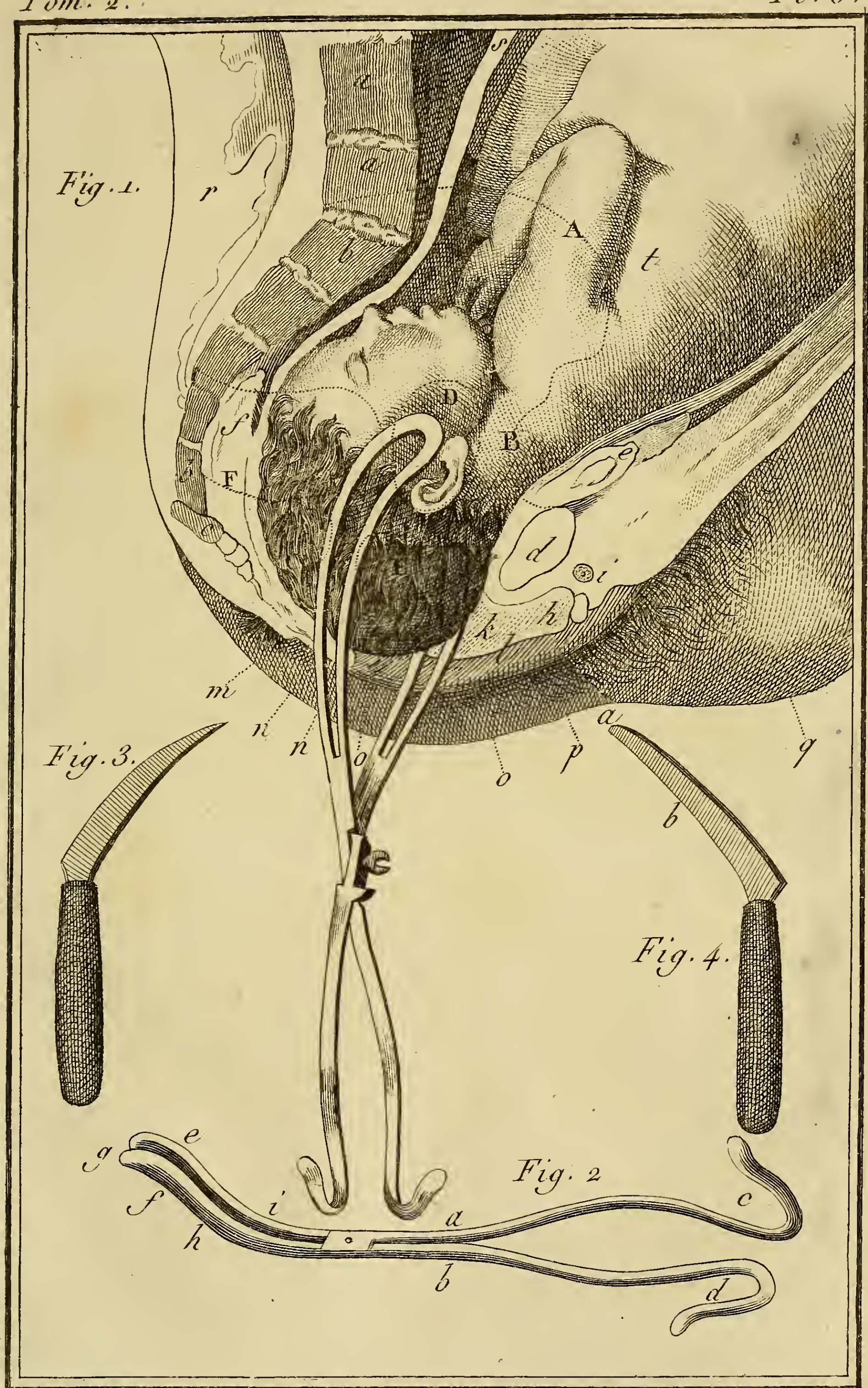
Cette table sert en particulier à expliquer *le second tems* de l'accouchement difficile par la tête, opéré à l'aide du forceps. (§. 733.)

FIG. 1.

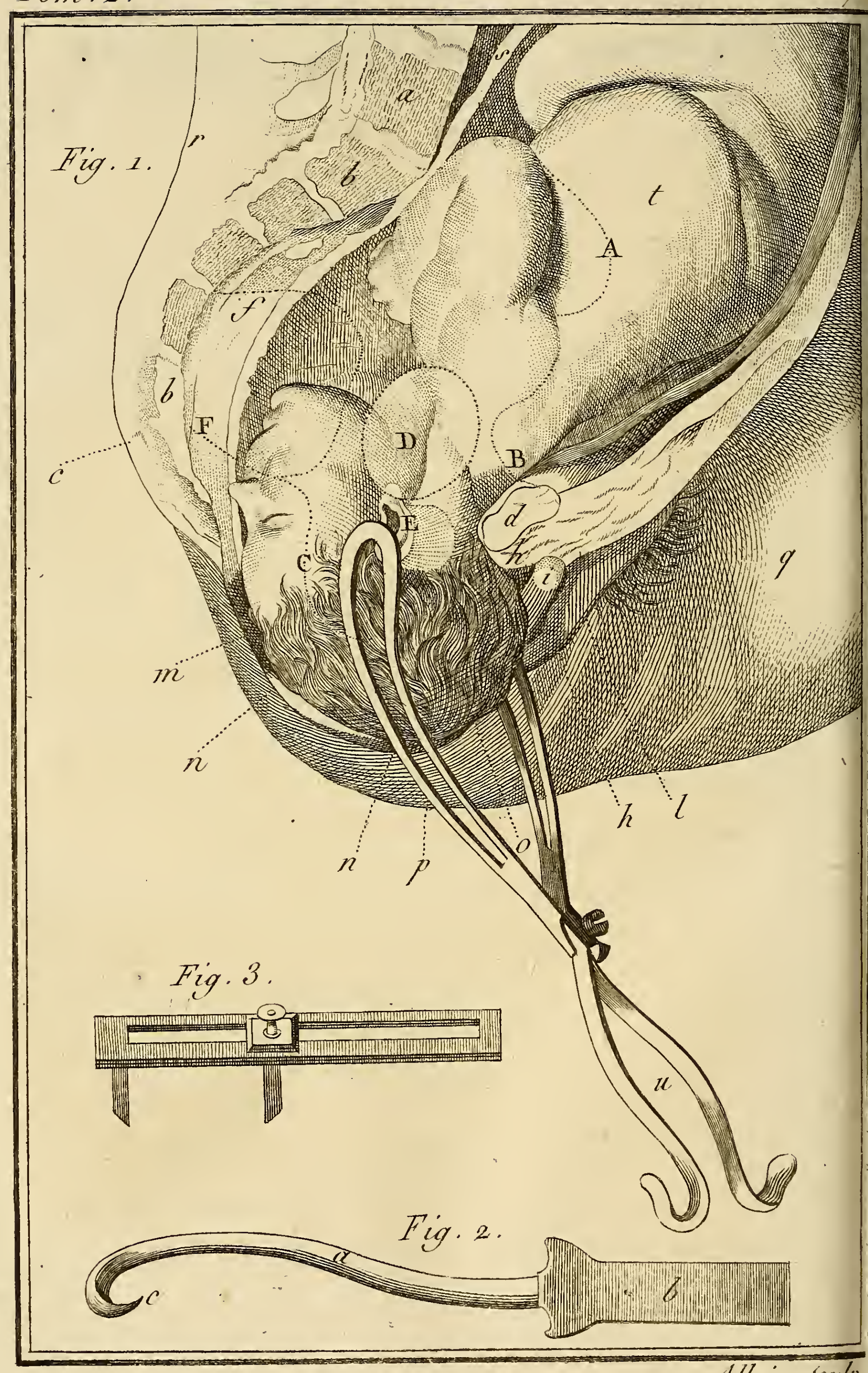
Au moyen d'une section semblable du bassin et de la matrice, on voit, en général, toutes les parties indiquées dans les tables précédentes et désignées par les mêmes lettres. En particulier, on découvre comment la tête, déjà descendue en partie, se trouve entièrement dans la cavité du bassin contre le détroit inférieur ou à l'issue, remplissant tout le vagin, et l'on voit en même-tems l'instrument à l'endroit nécessaire *au second tems de l'opération* (§. 733.) De plus, on voit dans cette figure, au moyen des lignes pointillées, le complément de la paroi du bassin qui manque, formé par l'ilion et sa crête A, par la branche du pubis B, par l'ischion du même côté C, par la cavité cotiloïde D, par le grand trou ovale E, et par le ligament sacro-ischiatique F.

FIG. 2.

Cette figure fait connoître la tenaille dentelée pour le crâne de Mesnard (§. 608.), d'après la dernière correction. Les deux branches *a b* sont unies entres elles par entablement; les manches *c d*, ainsi que les cuillers *e f*, sont de différente longueur; la cuiller supérieure courbe *e* est principalement en-dehors, lisse et convexe, et concave et dentelée en-dedans. Au contraire, la cuiller inférieure longue *f*, avec son prolongement *g*, est intérieurement convexe, et extérieurement concave; et c'est pourquoi les deux cuillers se joignent exactement par leurs dents; en outre, cet instrument a une courbure qui le rend très-convexe du côté *h*, et très-concave du côté *i*. (§. 828.)



Allais sculp.



Allais Sculp.

FIG. 3.

La troisième figure représente le bistouri inciseur pour l'opération césarienne. (§. 931.) Ce qu'il y a de plus remarquable dans cet instrument se trouve dans la lame, dont le taillant est convexe *a*. Cette lame est fixée sur le manche, et forme avec lui un angle qui facilite l'emploi de l'instrument, et empêche le manche de gêner.

FIG. 4.

Le bistouri dilatateur utile pour le même usage (§. 933.). Il a de remarquable la lame dont la pointe est obtuse et arrondie *a*, le tranchant convexe *b*; le manche forme avec la lame un angle contraire à celui de la figure précédente, ce qui rend son usage également commode et avantageux.

EXPLICATION DE LA VIIme. TABLE.

La septième table est sur-tout destinée à faciliter l'explication de l'accouchement difficile par la tête, que l'on opère à l'aide du forceps *au troisième tems de l'opération.* (§. 735.)

FIG. 1.

Outre toutes les parties déjà observées dans les principales figures précédentes, on voit dans celle-ci la tête très-allongée du fœtus, et se portant entièrement à la sortie; d'où il résulte que l'anus et le périnée sont fortement poussés en-dehors et extrêmement distendus, à la manière d'une hémisphère (*Théor.* §. 622 *et suiv.*) On voit encore comment, *à ce troisième tems de l'opératiom*, l'instrument se trouve dans une direction droite avec l'axe du vagin, et comment on doit s'en servir et le mouvoir dans un plan incliné tout différent et tourné au contraire en-haut. (§. 734.)

FIG. 2.

Le crochet courbe de Smellie, corrigé par Levret (§. 612.), représenté simplement. On voit la tige courbe *a*, le manche très-commode *b*, et la pointe *c*. Chacun peut aisément concevoir, en se figurant l'autre pièce, la paire entière et unie des crochets, dont néanmoins on se sert très-rarement de cette manière.

FIG. 3.

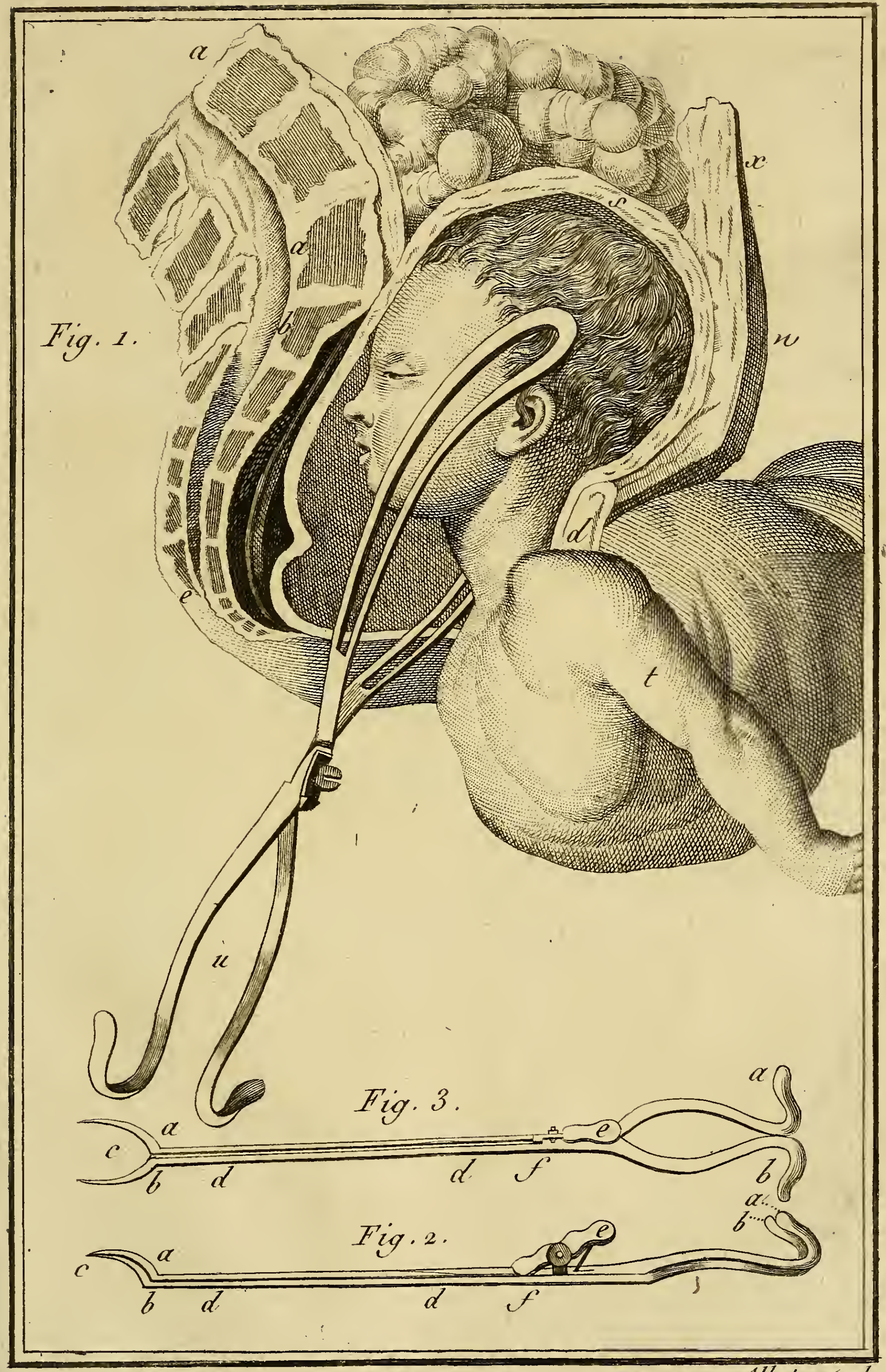
Le labimètre ou mesure-forceps (§. 583.), par le moyen duquel on estime le volume de la tête dans la matrice, de même que le passage rétrograde des degrés d'enclavement dans l'accouchement difficile (§. §. 547, 548, 549, 550.). Ce n'est pas ici le lieu de décrire en particulier cet instrument, et d'en faire connoître l'usage.

EXPLICATION DE LA VIIIme. TABLE.

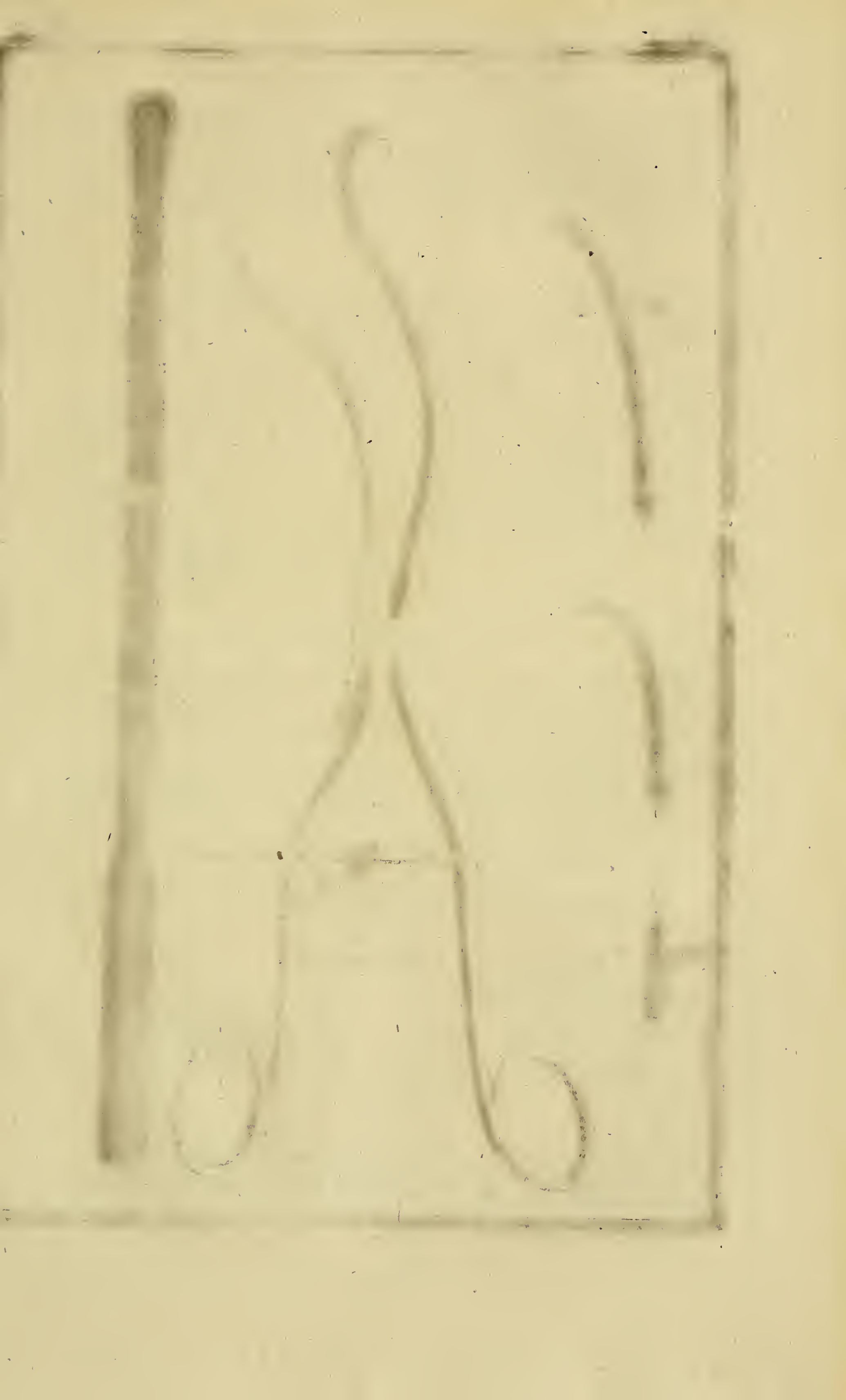
La huitième table sert principalement à montrer et à expliquer le cas d'enclavement de la tête après le renversement du fœtus, cas qui fait partie de la seconde classe. (§. 700.)

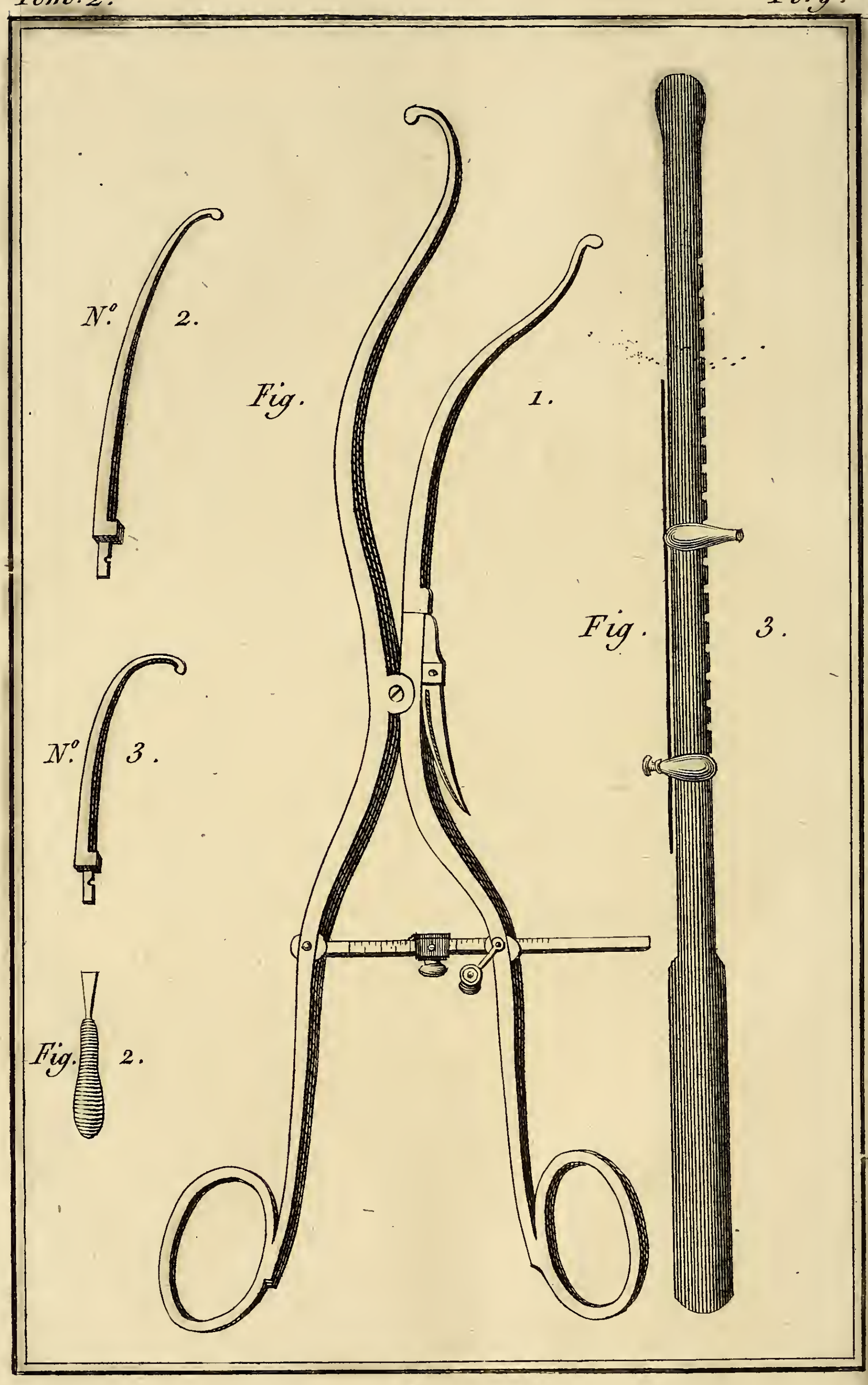
FIG. 1.

Presque sous le même aspect des parties, dont la plupart sont désignées par les mêmes caractères, on voit ici la tête du fœtus dans un bassin vicié, enclavée au détroit supérieur après le renversement, comme elle se trouve dans la première espèce du premier genre de cette seconde classe, cas dans lequel il n'est pas encore nécessaire de recourir à la perforation (§. §. 700, 836, 841.). On voit aussi comment, pour appliquer plus commodément le forceps, on a soulevé le corps du fœtus en-devant (§. 842.), et comment, dans ce cas, l'instrument se trouve encore dans la même direction que l'axe du pubis (*Théor.* §. 55 *et suiv.*), comme *au troisième tems de l'accouchement par la tête* (§. 726.),



Allais Sculp.




N.° 2.
Fig. 1.
Fig. 3.
N.° 3.
Fig. 2.

quoiqu'il soit appliqué par la partie postérieure, pour passer ensuite peu à peu, en abaissant toujours davantage la tête dans le bassin *de ce second tems* (§. 733) *au troisième tems de l'opération*, dans l'axe du vagin.

FIG. 2.

Cette figure représente un des tire-têtes les plus commodes (§. §. 614, 621.); il est fermé, et pour s'en servir, on l'introduit ainsi le long d'une main jusqu'à l'occiput. On y observe en particulier les bras *a b* appliqués l'un contre l'autre, leur pointe courbée *c*, la charnière *d*, le ressort et son couvercle *e* qui est sur le bras *a*, le petit clou rond sous le couvercle *f*, qui, lorsqu'on ouvre l'instrument, passe dans le trou que l'on ne voit pas ici dans le bras *b*, et qui maintient l'instrument ouvert.

FIG. 3.

Le même tire-tête ouvert et maintenu dans cette position d'une manière stable, par le moyen du petit clou que l'on n'aperçoit pas ici sous le couvercle, et qui, lorsque la charnière est abaissée s'applique sur le bras. Cet instrument est représenté ici environ trois fois plus petit qu'il n'est dans l'état naturel.

EXPLICATION DE LA IXme. TABLE.

CETTE table sert à expliquer la doctrine pratique de l'opération césarienne, et représente les deux pelvimètres dont on a parlé dans la *Partie théorique* (§. 54.), et dans la *Pratique* (§. §. 628, 921.)

FIG. 1.

Vue du grand pelvimètre, dont les deux extrémités sont d'inégale longueur n°. 1 et n°. 2, et qui, au moyen d'un ressort, s'implantent dans le bras antérieur de l'instrument,

comme dans le bras d'un compas, et que l'on peut aussi enlever, parce que la mesure de tout bassin mal conformé ne peut pas se prendre d'une manière également commode avec chaque pointe.

FIG. 2.

La figure deuxième fait voir un petit tournevis qui sert à ôter, au besoin, la vis de l'instrument.

FIG. 3.

Vue du petit pelvimètre (*Théor.* §. 54. *Prat.* 628, 921.) avec lequel on mesure la profondeur de la cavité du bassin, ou le grand diamètre de l'ouverture moyenne du petit bassin (*Théor.* §. 33, 45.); et par son extension, on calcule la dimension du petit diamètre du détroit supérieur du petit bassin (*Théor.* §. 42.). La description plus exacte de ces deux instrumens, ainsi que la manière de s'en servir, demandent à être traitées en particulier.

EXPLICATION DE LA Xme. TABLE.

CETTE Table a également rapport à la doctrine de l'opération césarienne, et fait voir des bassins dans lesquels, outre l'espace du grand diamètre, on ne voit que la simple circonférence de la ligne appelée *innominée* (*Théor.* §. 28.), ou le vice du détroit supérieur du petit bassin, d'où l'on peut aisément concevoir la nécessité de l'opération césarienne, d'après ce qui a été exposé. (§. 921.)

FIG. I.

Cette figure représente un bassin dont on a conservé très-fidèlement en petit, la dimension naturelle, et qui quoique n'étant pas essentiellement difforme, est néanmoins trop petit dans toutes ses dimensions (*Théor.* §. 90.); il étoit celui d'une femme enceinte pour la première fois, pour laquelle on employa inutilement le forceps, et on dut avoir

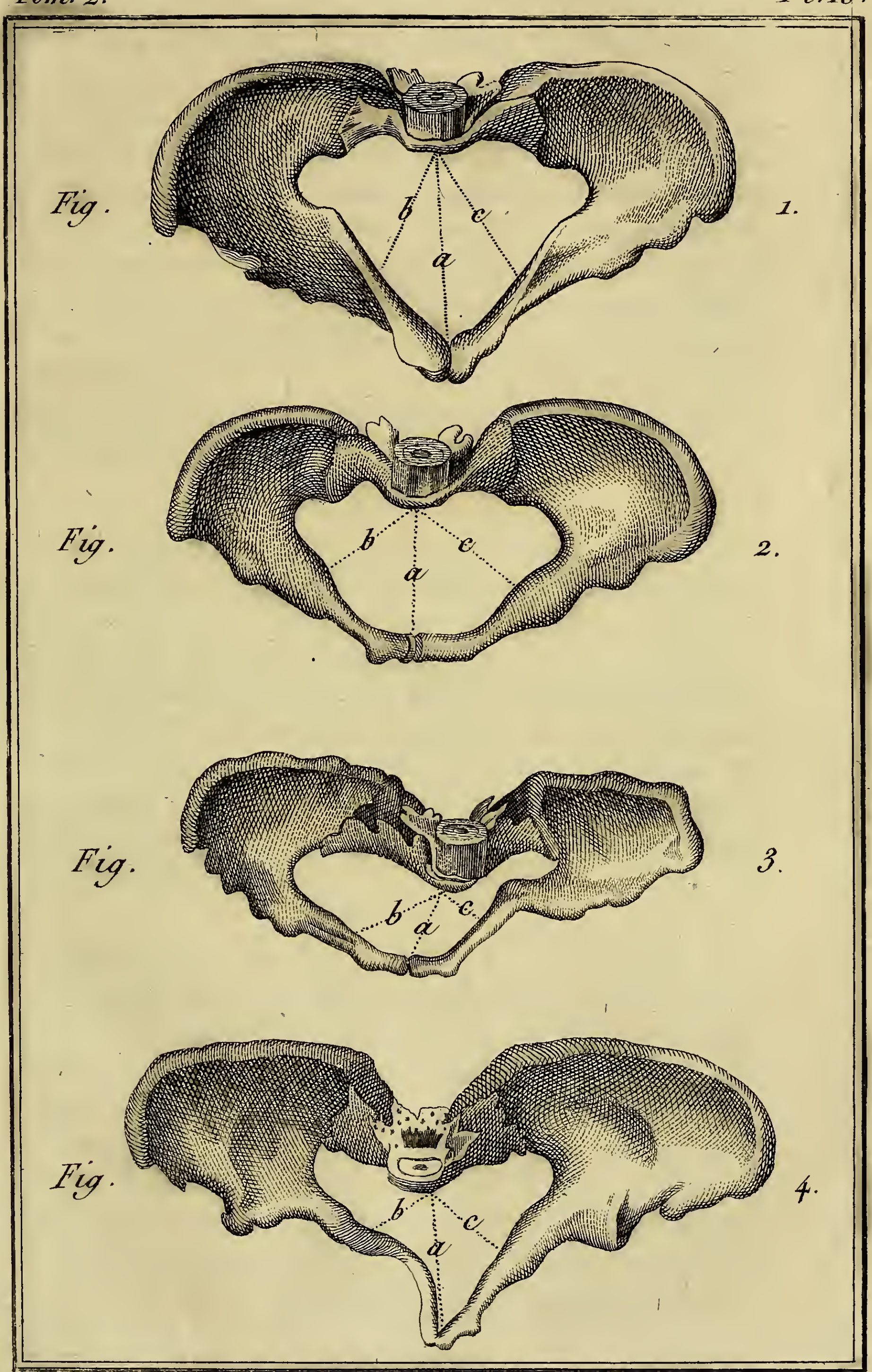
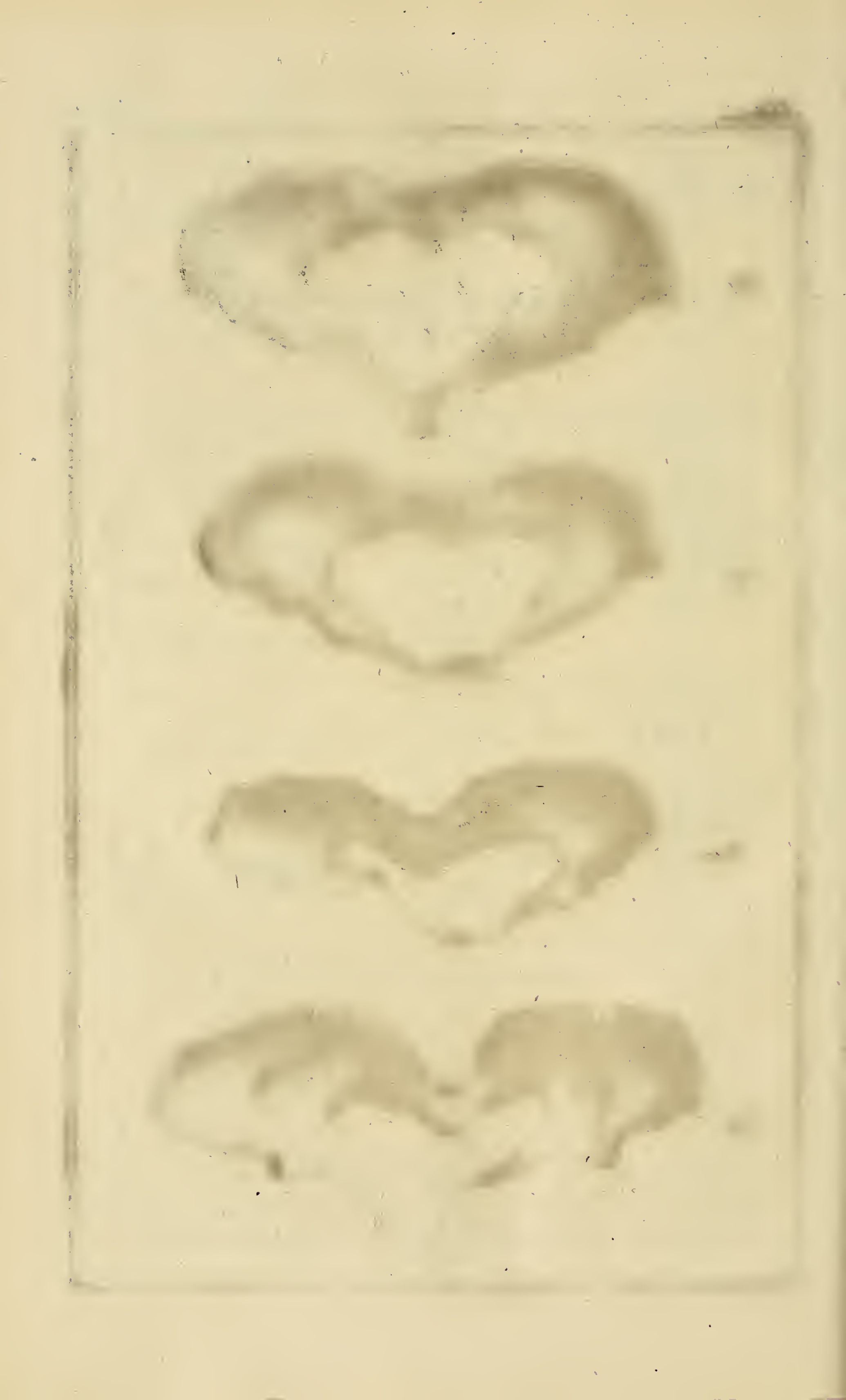


Fig. 1.
b
c
a
Fig. 2.
b
c
a
Fig. 3.
b
c
a
Fig. 4.
b
c
a



recours au perforateur. Cependant, dès le commencement, l'opération césarienne étoit indiquée ; le petit diamètre du détroit supérieur du petit bassin *a* n'ayant que trois pouces d'étendue (*V.* §. 921.) ; le diamètre latéral droit *b* deux pouces et demi ; le gauche *c* deux pouces trois quarts. On voit aussi comment tout bassin petit ou étroit se trouve en même tems aplati sur les côtés, c'est-à-dire, du point moyen de l'os sacrum au milieu de l'aile des os pubis *b c*, et que les vrais diamètres diagonales latéraux de Deventer (*Théor.* §. 41.), et le grand diamètre du détroit supérieur du bassin même, qui, dans ce cas, gagnent plutôt qu'ils ne perdent, compensent bien peu la perte dans les autres diamètres indiqués plus haut.

FIG. 2.

Cette figure montre, à circonstances égales, la circonférence du détroit supérieur d'un bassin aplati (*Théor.* §. 88.), appartenant à une femme enceinte pour la première fois, à laquelle on fit heureusement l'extraction d'un fœtus vivant, par l'opération césarienne. La femme étant morte depuis, on reconnut la nécessité de l'opération par les dimensions du bassin, car le petit diamètre *a* du détroit supérieur du petit bassin étoit de deux pouces et demi, le diamètre latéral droit *b* avoit deux pouces et tiers, et le gauche *c* deux pouces et demi.

FIG. 3.

Cette figure fait voir le contour du détroit supérieur d'un bassin manifestement écrasé ou aplati (*Théor.* §. 88.) d'une femme morte portant encore son premier enfant, parce que l'opération césarienne avoit été trop différée, et qu'on ne pouvoit secourir la femme d'aucune autre manière, excepté par l'embryulchie ; car le petit diamètre du détroit supérieur du petit bassin *a* qui se porte en outre du côté gauche au côté droit, n'avoit qu'un pouce et demi, le diamètre latéral droit *b* deux pouces, et le gauche *c* un pouce seulement. Il est vrai que, parmi ces diamètres, les plus grands sont les

diamètres diagonales latéraux de Deventer; mais de quelle utilité peuvent-ils être dans de semblables cas?

FIG. 4.

Cette figure représente la circonférence du détroit supérieur du petit bassin ou sa dimension chez une femme qui avoit déjà eu plusieurs enfans, et qui, après avoir eu plusieurs couches naturelles, quelques autres extrêmement difficiles, ne put, à la fin, accoucher qu'à l'aide de l'opération césarienne, parce que le bassin étoit devenu tellement difforme par le progrès du tems, que le petit diamètre du détroit supérieur *a* n'avoit plus que deux pouces et demi, le diamètre latéral droit *b* un pouce, et le gauche *c* deux pouces.

EXPLICATION DE LA XIme. TABLE.

CETTE table représente quelques instrumens nouveaux et d'un usage commode pour la perforation de la tête.

FIG. 1.

On voit dans cette figure un perforateur corrigé d'après Levret et Smellie, dont les lames *a a* sont courtes. Les branches de la pince s'unissent à jonction passée, à la manière de l'instrument de Levret, plus haut que le milieu de l'instrument, afin d'augmenter la force du manche de la pince; on voit aussi la partie inférieure des lames de Levret *a a*, ainsi que les ailes de celui de Smellie, et la partie supérieure des lames ou ses pointes qui conservent leur rectitude.

FIG. 2.

Cette figure montre, par les mêmes lettres, les différentes parties du perforateur de Orme, lequel est plus court que celui de Levret et de Smellie. L'instrument de Orme renferme en tout les mêmes parties que celui de Smellie (*Tab. 5*, *fig.* 3.

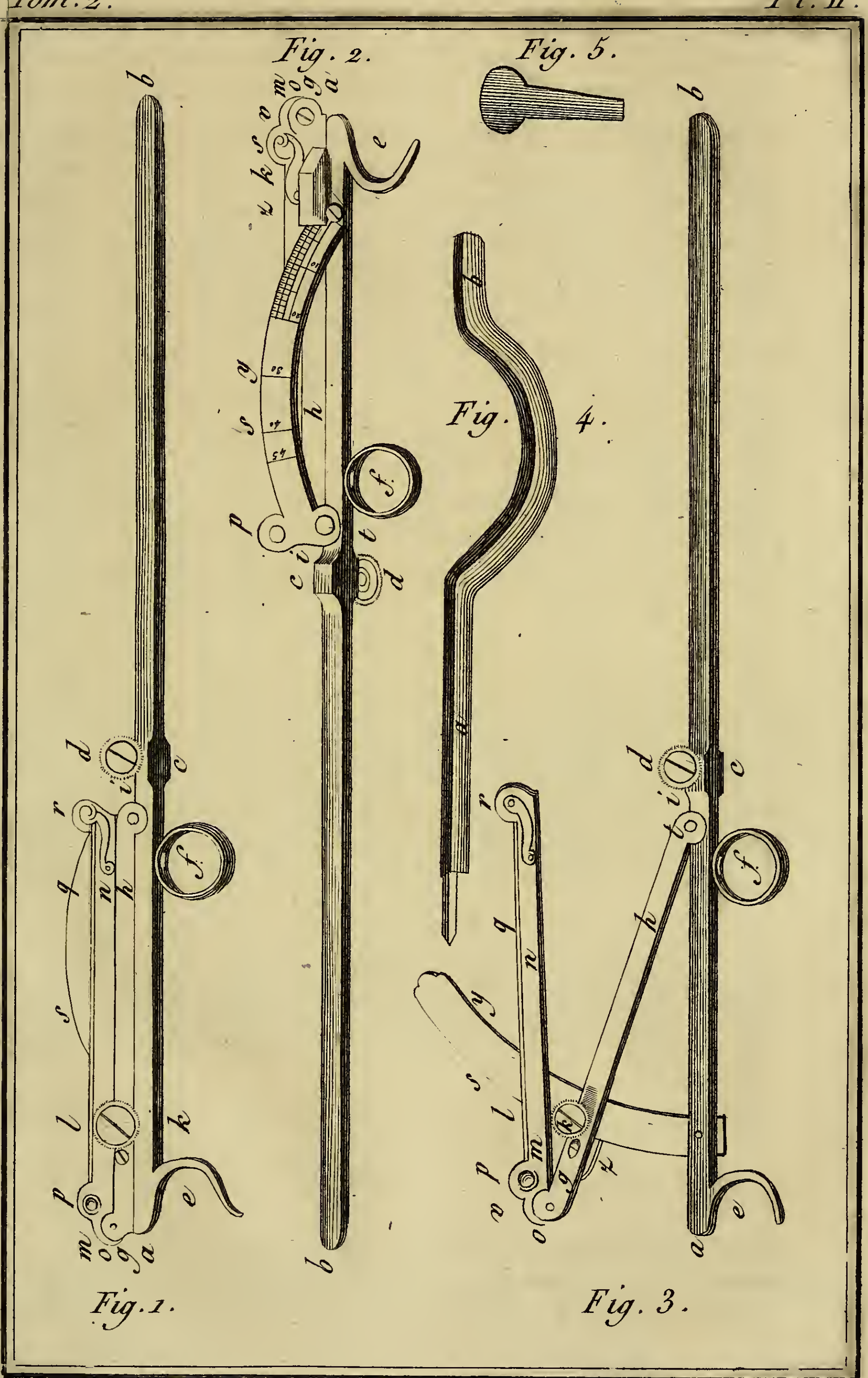

Fig. 2.
Fig. 5.
Fig. 4.
Fig. 1.
Fig. 3.



fig. 3.), même les ciseaux raccourcis qui sont fermés; seulement la face interne de celui de Levret répond au plat des lames placées l'une contre l'autre : un avantage essentiel imité de l'instrument de Levret, c'est que la pointe de ce même instrument (comme on peut le voir dans la *fig.* 4.), a une légère courbure comme le forceps français. Cette courbure, qui répond à la construction du bassin, du vagin et même de la tête, fait que l'instrument est susceptible d'être employé très-commodément, quelle que soit la partie qu'il faille perforer. Cette construction lui assure la préférence sur toutes les espèces d'instrumens droits. Il paroît assez difficile que l'Anglois Orme ait pu emprunter cette idée de l'allemand Wallbaum, puisqu'il est certain que tandis que Levret donnoit au forceps la courbure en avant, Orme achevoit de donner cette courbure à son instrument : maintenant, tous les accoucheurs ne se servent plus d'instrumens droits.

FIG. 3.

De même, cette figure fait voir, à l'aide des mêmes lettres que dans la première, le perforateur de Smellie et de Levret représenté naturellement; seulement, conformément à l'instrument de Orme, il est un peu plus court, et l'extrémité des pointes, également d'après Orme, est aussi courbée en avant.

FIG. 4.

Elle montre, par les mêmes lettres, une portion séparée des lames de l'instrument de Orme, à laquelle on voit en particulier l'inflexion antérieure des mêmes pointes *e e*.

EXPLICATION DE LA XIIme. TABLE.

Cette table représente quelques instrumens, à la vérité déjà anciens, mais que l'on peut porter très-commodément avec soi dans un étui qui sert à trois instrumens particu-

liers, dont deux crochets et un levier qui n'ont qu'un seul et même manche.

FIG 1.

Le crochet courbe et pointu de Smellie *a*, sur le manche de Levret *b b*, comme on l'a déjà vu *Tab.* 7, *fig.* 2; seulement sa tige est affermie dans le manche de Levret *b b*, avec l'écrou *d*; l'instrument s'en retire à volonté, et le manche peut servir à un autre instrument.

FIG. 2.

Cette figure représente le levier percé à jour, dont on se sert à présent : sa queue *fig.* 1 *c c*, s'ajuste dans le manche *fig.* 1 *b b*, et s'assujétit au moyen de l'écrou *d d*, *fig.* 1.

FIG. 3.

Cette figure fait voir le crochet mousse de Smellie *a*, dont la queue *c c* est reçue de la même manière dans le manche de ces instrumens.

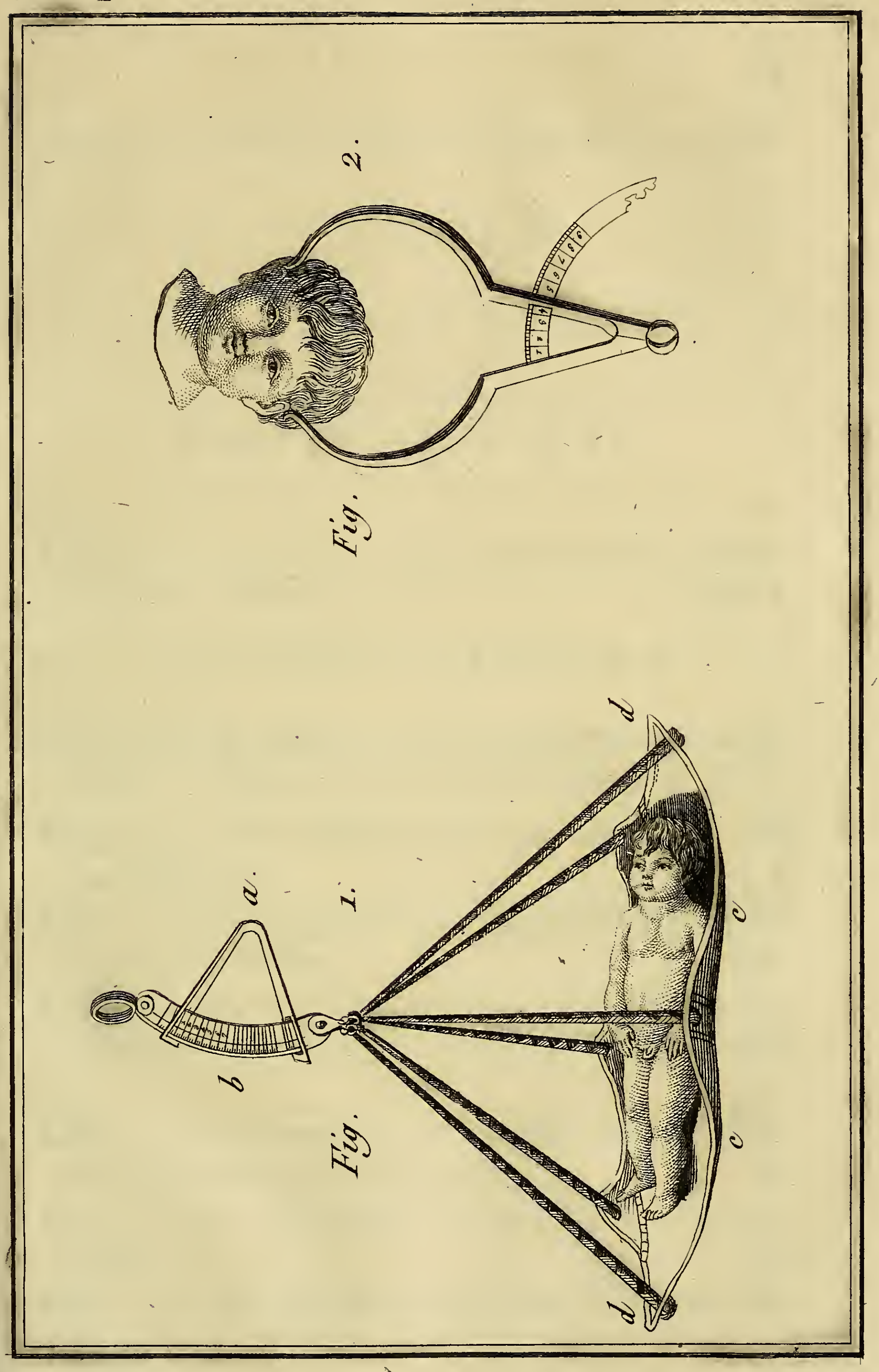
FIG. 4.

Ligne qui indique la courbure du levier.

FIG. 5.

Ligne qui indique le contour du crochet de Smellie et de Levret.

Fin de l'Explication des Planches de la seconde et dernière Partie.


Fig. 1.
a.
b
c
c
d
d
Fig. 2.

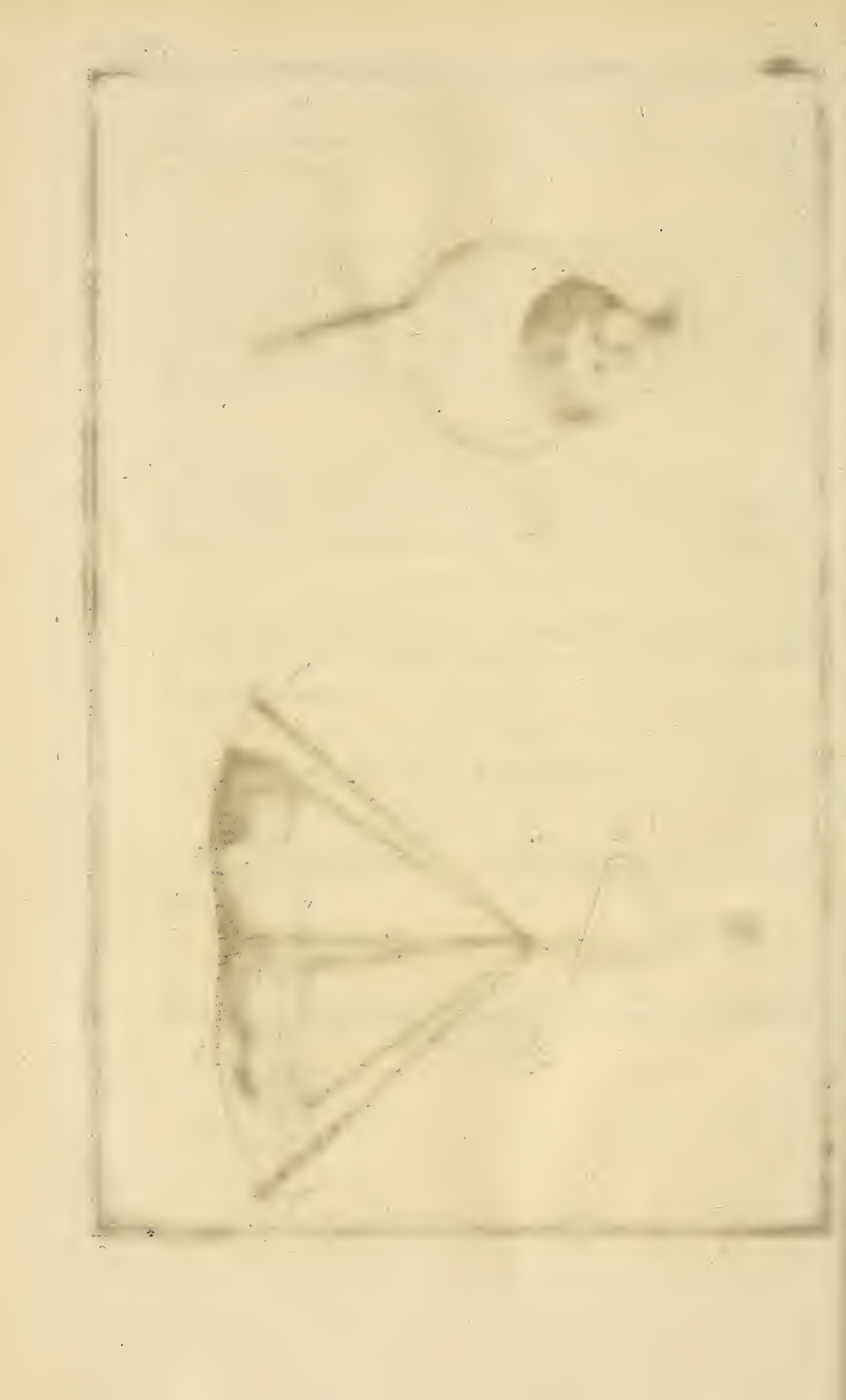


TABLE DES CHAPITRES.

PARTIE PRATIQUE.

SECTION II.

SECTION III.

SECTION IV.

M 3

Fin de la Table de la deuxième et dernière Partie
de l'*Art d'accoucher.*

DISSERTATION

SUR

LA MALADIE DES FEMMES

A LA SUITE DES COUCHES,

CONNUE SOUS LE NOM

DE FIÈVRE PUERPÉRALE.

Par J. Charles GASC,

Docteur-Médecin de l'École spéciale de Médecine de Paris, ancien Élève de l'École-pratique, Membre correspondant de la Société médicale d'Émulation de Paris, et de la Société de Médecine-pratique de Montpellier.

Puerperæ tanquam vulneratæ meritò considerantur, quibus ex levissimis causis febres inflammatoriæ accedere possunt.
Junker, tom. 1, Tab. xv, pag. 67.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ET

A MON COUSIN J. B. GASC,

DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX,

CHIRURGIEN-ACCOUCHEUR A TONNEINS.

LA PIÉTÉ FILIALE ET L'AMITIÉ RECONNOISSANTE.

J. CHARLES GASC.

INTRODUCTION.

INTRODUCTION.

L'étude constante et particulière des objets et des faits individuels nous conduit à des notions générales, exactes et conformes à la nature des choses ; et à mesure qu'on avance dans cette étude, les sciences physiques se perfectionnent, les systèmes et les hypothèses tombent, et la vérité prend la place de l'erreur et de l'illusion. Or, ce qui est vrai pour les sciences naturelles en général, l'est aussi pour la médecine en particulier. Car, tandis qu'on a trop long-tems négligé l'étude des faits, c'est-à-dire, l'observation, cette science sublime a fait des pas rétrogrades, et s'est trouvée repoussée du sein des sciences exactes auxquelles cependant elle avoit tant de droit d'être associée. Elle seroit même restée ensevelie dans le vague des hypothèses et des opinions qui ont ralenti ses progrès, si la nature, quelquefois trop avare de ses productions, mais toujours prévoyante, n'avoit eu le soin de distribuer, de loin en loin, dans la série des siècles qui se sont succédés, depuis Hyppocrate jusqu'à nous, des hommes dont le talent observateur pouvoit encore soutenir son éclat. Mais ces hommes, dépositaires du génie

et de la méthode d'*Hyppocrate*, marchant sur les traces de ce fondateur de la médecine, eurent soin de le prendre pour modèle, n'eurent d'autre livre que la nature, et préparèrent l'heureuse révolution qui devoit s'opérer dans cette méthode de philosopher en médecine, dont nous sommes les fortunés possesseurs. Aujourd'hui on n'ose plus proposer des explications que de nouveaux faits pourroient rendre vaines, et tous les vrais médecins sont observateurs et se livrent uniquement à la recherche des phénomènes et des lois des maladies. Aussi la médecine a-t-elle déjà beaucoup acquis, et acquerra-t-elle peut-être encore plus de précision, et son exactitude confondra ses détracteurs, qui la regardent comme une science purement conjecturale.

Si pour parvenir à la découverte de la vérité il faut avoir recours à l'expérience et à l'observation, l'analyse devient aussi nécessaire pour bien apprécier les avantages de l'une et de l'autre. L'observation et l'expérience présentent à notre esprit les objets et les faits tels qu'ils sont, et l'analyse nous apprend à les considérer isolément et chacun en particulier; elle nous enseigne à les décomposer et à les étudier dans leur plus grand état de simplicité réelle. Mais

cet art de décomposer les objets, de les analyser, de les considérer dans leurs élémens, où leur plus grand état de simplicité réelle est le grand art des philosophes ; c'est celui dont Condillac s'est servi avec tant d'avantage pour le développement des connoissances humaines.

Y avoit-il une autre marche à suivre pour éclairer la science médicale et la gloire de mettre plus de précision dans la considération des maladies, par l'application de la méthode analytique ; n'étoit-elle point réservée au célèbre *Nosographe* Français, dont la solidité et la profondeur du jugement ont élevé des barrières impénétrables à l'hypothèse et à la confusion, sur la ruine desquelles sa méthode nosographique est fondée ? La médecine, retrempée au feu de son génie, se montre avec éclat et lève sa tête majestueuse au milieu de toutes les branches de l'Histoire naturelle dont elle fait partie.

Quelle simplicité dans cet art de décomposer les maladies et de les montrer dans leur plus grand état de simplicité réelle pour s'élever ensuite aux complications ! Que de lacunes médicales remplies par les secours de la méthode analytique ! Ne lui doit-on point en partie les sublimes considérations de *Bichat*, soit sur quelque point isolé d'anatomie, soit sur l'*anatomie*

générale, et principalement sur l'*anatomie pathologique*, dont cet homme, déjà si justement célèbre, promettoit une réforme générale, si la faulx du tems n'eût pas tranché le cours d'une si belle vie au printems de ses jours

La partie graphique des maladies rendue plus précise et plus naturelle par les travaux réunis des professeurs *Pinel* et *Bichat*, semble d'abord offrir peu de choses à désirer. Cependant il ne faut pas se dissimuler qu'il n'existe encore quelques points susceptibles d'éclaircissemens ultérieurs, et sur la connoissance desquels on n'est pas assez avancé, parce que l'*anatomie pathologique*, principalement liée avec ces différens points, n'a point été étudiée dans la vue de les éclairer, et que, sous ce rapport, ses progrès ont dû être bien retardés. Par exemple, on a beaucoup de recherches à faire sur la nature de l'inflammation du système fibreux et du système musculaire; mais en attendant qu'on acquière des lumières plus étendues sur cet objet, le cadre nosographique se trouve prêt, et chaque matière nouvellement éclaircie y trouvera sa place déterminée (1).

L'application de l'analyse, si nécessaire pour

(1) Voyez mon *Mémoire* sur le rhumatisme, *Mémoires de la Société médicale d'Émulation de Paris*, cinquième année.

débrouiller le chaos et la confusion des maladies en général, paroît se rattacher avec moins de difficulté et plus de précision à l'étude des maladies locales, à la classe nombreuse des phlegmasies. Ici les parties lésées se laissent toucher par le scalpel, et s'offrent à nos regards, après la mort, avec des traces de leurs altérations propres, bien différentes en cela de celles qui sont le siége des affections nerveusess, où la sensibilité et la contractilité animales jouent des rôles si variés, et qui ne laissent apercevoir après elles aucune trace d'altération. On peut en dire autant par rapport à la plupart des fièvres qui frappent presque simultanément toutes nos parties, et ne peuvent être éclairées par l'*anatomie pathologique*.

C'est à *Pinel* qu'on doit la classification des phlegmasies par ordre de systèmes d'organes; mais à l'époque où il écrivoit la première édition de sa Nosographie, il régnoit un tel état de confusion dans la doctrine des phlegmasies, qu'on ne doit pas s'étonner si, dans les efforts qu'il fit pour y répandre de l'ordre et de la méthode, il ne put y parvenir alors que d'une manière incomplète, par l'état peu avancé des connoissances anatomiques, appliquées aux divers systèmes de l'économie animale. Mais ce

que le professeur *Pinel* ne put faire, *Bichat* le développa dans son *Anatomie générale*, après des recherches nouvelles sur cet objet. Ses observations ont changé la manière ordinaire de voir, par rapport à quelques genres d'inflammation, et notamment par rapport aux inflammations abdominales, et forcent maintenant d'admettre que les maladies décrites sous les noms de *gastrite*, d'*entérite*, de *cystite*, de *métrite*, etc. ne sont autre chose qu'une inflammation plus ou moins générale du péritoine; que, suivant toute apparence, l'inflammation commence dans un point de cette membrane, et se répand bientôt rapidement sur la plus grande partie de son étendue; qu'en un mot, on ne doit point admettre de semblables phlegmasies partielles. *Pinel*, après avoir donné le principe de toutes ces conséquences, pouvoit-il rester en arrière, et ne devoit-il pas les admettre dans toute leur étendue? C'est ce qu'il a fait dans la seconde édition de son ouvrage (*Nosographie philosophique.*)

Bichat, dans son *Anatomie générale*, démontre de plus en plus que la considération des affections locales, relativement à chaque système d'organe en particulier, est fondée sur l'observation la plus exacte confirmée par les

ouvertures

ouvertures cadavériques, et sur la connoissance précise de l'anatomie des systèmes et des propriétés vitales de chacun d'eux.

Comme les maladies ne sont en effet que des altérations des propriétés vitales, et que chaque système d'organes varie des autres, sous le rapport de ces propriétés, il est évident que les maladies doivent aussi être différentes. C'est pourquoi, dans un organe composé de différens tissus, l'un peut être affecté, les autres restant sains ; or, c'est ce qui arrive dans presque tous les cas.

C'est donc sur chaque système d'organes en particulier que s'exercent les altérations simples, dont la réunion forme autant d'affections composées ; ainsi, si on a affaire à une inflammation générale d'un organe, il faudra d'abord considérer l'affection isolée de chacun des tissus qui le composent. Par exemple, on distinguera l'inflammation du péricarde de celle du cœur, l'inflammation de la plèvre de celle du poumon, l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac, des intestins, etc. de l'inflammation de leur tunique séreuse, etc. Cette manière d'envisager les maladies locales sur tel ou tel système d'organe en particulier, fait cesser le vague qui régnoit dans la détermination des

maladies, et nous n'entendrons plus parler indistinctement d'*inflammation du bas-ventre*, d'*inflammation d'entrailles*, d'*inflammation de poitrine*, etc. dénominations vagues auxquelles n'est attaché aucun sens précis.

Cette disgression relativement aux phlegmasies considérées ainsi isolément sur chaque système d'organe, devenoit nécessaire pour l'intelligence de la manière dont j'envisagerai mon sujet. J'aurai à traiter d'une affection locale dont il me faudra déterminer au juste la nature et le siége. Je m'aiderai beaucoup des lumières répandues sur cet objet, par les travaux récens du regrettable *Bichat*. Je suivrai, dans la description, la marche tracée par le professeur *Pinel*, et sous ces rapports, ma doctrine se ressentira beaucoup de celle de mes maîtres. Je dois à ces deux hommes, également recommandable par la transcendance de leur génie, tous les progrès que j'ai pu faire dans la *science médicale*. Heureux si, dans le développement de mon sujet, j'ai su me tenir dans le sentier étroit de l'observation dont ils m'inspirèrent le goût, et plus heureux encore si je ne me montre point indigne de porter le titre glorieux de leur élève.

DISSERTATION
SUR
LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

ARTICLE PREMIER.

Considérations générales.

DEPUIS quelque tems on s'est beaucoup occupé des maladies des femmes à la suite des couches, et on n'a jamais tant écrit que sur celle qu'on a appelée *Fièvre puerpérale.* Mais plus cet objet a été manié, plus il me paroît intéressant de le considérer sous un autre point de vue plus exact; car il a été, en général, fort mal conçu par la plupart des auteurs qui s'en sont occupés, et a beaucoup prêté à des considérations vagues et fausses de leur part. Le nom de *fièvre puerpérale*, qu'on a donné à cette maladie, lui vient de ce qu'on a cru que c'étoit une fièvre essentielle propre aux femmes nouvellement accouchées, ou une fièvre aiguë dépendante d'une inflammation de matrice, ou d'une inflammation du bas-ventre, en général, après l'accouchement. Ensorte que c'est à ces trois considérations différentes que peuvent être rapportées en somme les différentes opinions des auteurs sur la nature de cette maladie.

Relativement aux causes capables de la déterminer, il existe encore beaucoup plus de diversité dans

les opinions des auteurs. Nous ne finirions pas si nous voulions analyser toutes celles qui ont été mises en avant. Nous verrions les uns faire jouer un rôle important à la suppression, à l'altération, à la putridité des lochies, ou à la corruption de la bile dans les intestins, (*Withe. Peu*); les autres à la suppression du lait des mamelles, et au transport métastique de cette liqueur sur les viscères du bas-ventre, ou dans l'économie animale; en général, hors des voies qui lui sont particulières. (*Pujos*, *Levret*, *Doublet*), etc. etc.

Cependant, à travers ce conflit d'idées et d'opinions plus ou moins vagues et hypothétiques sur la nature de la fièvre puerpérale, on trouve un peu plus d'accord parmi les auteurs sur la description de certains phénomènes qui servent à démêler la confusion qui règne sur cet objet, si on veut se donner la peine de faire l'application de la méthode analytique, comme nous l'avons indiqué dans l'Introduction. Tous les auteurs s'accordent sur l'existence d'nne affection locale qu'on rencontre constamment dans cette maladie, généralement regardée comme la plus dangereuse de celles qui peuvent attaquer les femmes à la suite des couches. A l'ouverture des cadavres, à la suite de fièvre puerpérale, d'après l'opinion commune, on trouve toujours dans l'abdomen, siége de l'affection, une certaine quantité de liquide puriforme de couleur blanchâtre et lactescente, et la surface péritonéale des intestins, de la matrice, etc. offrant très-souvent, par sa rougeur, des traces d'une inflammation aiguë.

Mais l'existence de cette affection locale une fois reconnue et admise, a été encore un sujet de con-

troverse pour les auteurs; les uns l'ont considérée comme primitive, les autres comme secondaire.

Les premiers ont encore été divisés sur la nature et le siége de cette affection. Les uns, à la tête desquels je mets d'abord *Hyppocrate*, et après, *Paul d'Ægine*, *Albucasis*, *Moschion*, *Mercatus*, *Roderic à Castro*, et plus récemment encore, *Hoffmann*, *Pasta*, *etc.* en ont déterminé le siége dans la matrice; et dans la plupart des descriptions qu'ils donnent de l'inflammation de cet organe, on ne peut méconnoître les symptômes de ce qu'on appelle *fièvre puerpérale*. Les autres, tels que *Hulme* chez les Anglois, et *Delaroche* chez les François, considèrent cette maladie comme une inflammation du bas-ventre ou des intestins. Leur opinion, principalement appuyée sur les phénomènes que présentent les ouvertures cadavériques, sembloit n'avoir besoin, pour être exacte, que d'être rectifiée par les découvertes de l'Anatomie moderne.

Les seconds, c'est-à-dire, ceux qui considèrent l'affection locale comme secondaire, ne sont pas plus d'accord entr'eux sur les principes dont ils la font dépendre. Les uns veulent qu'elle dépende de la fièvre primitive, appelée, par eux, *fièvre puerpépérale*, qu'ils considèrent tantôt comme une fièvre putride, tantôt comme une fièvre bilieuse, etc. dont l'affection locale, soit qu'elle ait son siége dans l'utérus ou sur les viscères du bas-ventre, est un symptôme important. Les autres disent qu'elle dépend du transport du lait, soit sur la matrice, soit sur les viscères de l'abdomen, dont la présence détermine l'irritation qui donne lieu à l'affection locale.

Pour mettre de l'accord parmi tous ces auteurs, et

faire cesser le vague qui règne sur la nature de la maladie dont je traite, il s'agit de résoudre d'une manière satisfaisante le problème suivant : « L'inflammation locale dans ce qu'on appelle *fièvre puerpérale*, une fois reconnue, déterminer qu'elle en est la nature et le siége, savoir si elle est essentielle et constitue proprement la maladie, soit qu'elle soit simple ou qu'elle se complique avec une fièvre primitive, ou bien si cette maladie est une espèce de fièvre différente de celles qu'on peut rapporter au cadre nosographique connu, et dont l'affection locale seroit un symptôme ».

Pour parvenir à la solution de ce problème, je le décompose en quatre questions principales.

1°. La maladie connue sous le nom de *fièvre puerpérale* est-elle une fièvre essentielle ?

2°. Est-elle une inflammation de matrice ?

3°. Est-elle une inflammation des viscères du bas-ventre ?

4°. Est-elle une inflammation du péritoine ?

ARTICLE II.

De la nature de la Fièvre puerpérale.

PREMIÈRE QUESTION.

La maladie connue sous le nom de Fièvre puerpérale *est-elle une fièvre essentielle* ?

Le véritable moyen d'éclairer quelque objet de médecine encore obscur, c'est d'y porter le flambeau lumineux de l'analyse. Si nous en faisons l'application à la solution de la question qui nous occupe, on appercevra aisément que la maladie connue sous le nom de *fièvre puerpérale*, n'est qu'une affection locale primitive, accompagnée d'un mouvement fébrile secondaire qui lui est propre, ou compliquée d'une autre fièvre primitive décrite dans la classe première de la *Nosographie*.

Les femmes, à la suite des couches, ne sont point sujettes à un ordre de fièvres différent de ceux qu'on peut rapporter aux six ordres de fièvres connus; ensorte que ce qu'on nomme *fièvre puerpérale* n'est qu'un être imaginaire, à moins qu'on ne veuille adapter l'épithète de *puerpérale* à une fièvre angioténique (inflammatoire), méningo-gastrique (bilieuse), adéno-méningée (muqueuse), adynamique (putride), etc. dont une femme, à la suite des couches, seroit atteinte, ce qui embrouilleroit nécessairement les idées que nous avons sur ces différentes

fièvres, et feroit que nous ne nous entendrions pas, comme cela est arrivé. C'est pourquoi il est essentiel de fixer avec précision ce que nous devons entendre par *fièvre puerpérale*. Pour nous, ce mot sera un terme abstrait auquel nous attacherons l'idée d'une maladie qui consiste dans une affection locale primitive dont le siége est le péritoine, et qui est accompagnée d'un mouvement febrile secondaire ou primitif chez une femme nouvellement accouchée.

Observez que cette inflammation locale est un phénomène tellement constant, dans la maladie qui nous occupe, que, si elle n'existoit point, on ne pourroit point dire qu'il y eût fièvre puerpérale. Or, il sagit de démontrer si cette affection est primitive ou symptômatique. Nous disons qu'elle est primitive, et, pour s'en convaincre, il n'y a qu'à jeter un coup-d'œil sur le développement de la maladie.

L'invasion de la fièvre puerpérale se fait de la même manière que dans toute maladie aiguë, c'est-à-dire, qu'il survient un frisson plus ou moins long, auquel succède un degré de chaleur plus ou moins intense, et bientôt se manifestent, dans l'abdomen, des douleurs violentes qui obligent les malades de se tenir couchées sur le dos, sans qu'il leur soit permis de faire impunément le plus léger mouvement sur l'un ou sur l'autre côté; la tension et le météorisme du ventre surviennent, il y a des hoquets, des nausées et des vomissemens, symptômes communs à toute phlegmasie du bas-ventre.

Jusque là on ne voit qu'une affection locale primitive, mais le mouvement fébrile qui en dépend ne tarde point à se développer, et est caractérisé par un pouls fréquent, petit et concentré, comme

le pouls de la fièvre secondaire de toute inflammation du bas-ventre (1).

Outre ce mouvement fébrile concomitant de l'affection locale, celle-ci peut être compliquée d'une espèce de fièvre quelconque, et alors le pouls prendra le caractère de cette fièvre, qui peut être inflammatoire, méningo-gastrique, adéno-méningée, adynamique, etc. comme nous l'avons déjà dit. C'est sans doute à ces différentes complications que la maladie nous offre le plus souvent, en général mal observées par la plupart des auteurs, que nous devons attribuer leur peu d'accord sur sa véritable nature, et l'erreur de ceux qui la considèrent comme une fièvre essentielle. C'est qu'ils n'ont pas su isoler ce qui tenoit à l'affection locale de ce qui dépendoit de la fièvre compliquante. Mais aujourd'hui ayons plus de précision ; et si ce que les auteurs appellent *fièvre puerpérale* n'a point de caractères essentiellement différens de ceux qui appartiennent à la fièvre angioténique, gastrique, adéno-méningée, adynamique, etc., reconnoissons qu'il n'y a point de fièvre essentielle dite *puerpérale*.

Mais l'affection locale qui nous occupe peut se rencontrer quelquefois avec la fièvre inflammatoire en même tems, comme les auteurs en rapportent des

---

(1) Si j'emploie ici le mot vague d'*inflammation du bas-ventre*, ce n'est que pour exprimer, d'une manière générale, toute inflammation qui peut survenir aux organes contenus dans la capacité de l'abdomen. L'expérience démontre journellement que toute phlegmasie des viscères de cette capacité est accompagnée d'un mouvement fébrile que caractérise la fréquence, la petitesse et la concentration du pouls, ce qui est vrai principalement pour la péritonite, comme si, dans ce cas, la nature dirigeoit toutes ses forces artérielles vers le centre du corps aux dépens des extrémités et de la circonférence.

exemples (1). Alors on parviendra facilement à reconnoître la complication en isolant les phénomènes qui appartiennent à la maladie locale, de ceux qui dépendent de la fièvre angioténique; et en procédant de cette manière, on ne sera point tenté de considérer ce qu'on nomme *fièvre puerpérale* comme une fièvre angioténique.

La complication gastrique, qu'on rencontre plus souvent, est plus difficile à saisir, à raison de l'analogie qui existe entre les symptômes de l'affection locale, et ceux de l'embarras ou fièvre gastrique; ce qui fait que quelques auteurs ont confondu ces deux maladies, et ont considéré la fièvre puerpérale comme une fièvre bilieuse. *Stoll*, qui n'a pas traité *èx professò* de la fièvre puerpérale, mais qui a eu occasion de l'observer dans une saison où la constitution bilieuse règne, c'est-à-dire, dans l'été, ayant rencontré cette complication, n'hésite point de reregarder la maladie comme essentiellement bilieuse dans tous les cas (2); et il exclut toute complication inflammatoire, parce que, dit-il, les femmes, par la laxité de leurs solides et la perte plus ou moins abondantes de sang qu'elles font par l'utérus, après l'accouchement, sont dans des dispositions très-peu favorables au développement des maladies inflammatoires. Nous sommes loin de penser que cette raison donnée

---

(1) Voyez une *observation* consignée dans les numéros 41 et 42 de la *Bibliothèque germanique*.

(2) Stoll, *Médecine pratique*, tome II. *Rivière* dit ausssi que la fièvre qui survient aux accouchées, dépend d'une congestion bilieuse dans les premières voies. *Si rite fluentibus lochiis febris oriatur, illa vel a bilioso humorum apparatu, vel ex dietæ erroribus provenit.* (Prax. med. *lib.* 15, *cap.* 24, *numéro* 6.

par *Stoll* soit suffisante pour exclure la disposition qu'ont les femmes à être atteintes d'une inflammation dans l'abdomen, à la suite des couches; car, pour qu'une phlegmasie se manifeste, il n'est pas toujours nécessaire qu'il y ait excès d'énergie vitale dans les parties qui doivent en être le siége, il suffit qu'il y ait exaltation de la sensibilité de ces parties qui attire vers elles un afflux plus considérable d'humeurs, etc. Or, l'augmentation de la sensibilité des organes est fréquemment la suite de leur débilitation, le sentiment de foiblesse du système nerveux devient alors pour eux principe d'excitation. C'est ce qui paroît avoir lieu pour l'affection qui nous occupe. Quoi qu'il en soit, cette affection peut se rencontrer très-souvent avec la fièvre gastrique; mais il ne faut pas juger de l'existence de cette dernière d'après les nausées et les vomissemens qui se manifestent, car on risqueroit beaucoup de porter un jugement faux. J'observe, à cet égard, que les nausées et les vomissemens qui ont lieu, quoique des symptômes communs aux deux affections, paroissent plus particulièrement dépendre de l'affection locale que de la fièvre gastrique elle-même, sur-tout lorsque d'autres symptômes ne démontrent point la complication bilieuse.

En effet, cette affection locale n'étant qu'une inflammation plus ou moins générale du péritoine, les organes subjacens à cette membrane seront plus ou moins dérangés dans leurs fonctions, sans qu'on puisse dire que leur propre tissu soit atteint d'aucune altération, et il y aura des hoquets, des nausées ou des vomissemens, suivant que la portion de membrane séreuse enflammée correspondra au dia-

phragme ou à l'estomac, etc. Nous ne dirons pas que ces phénomènes soient sympathiques, mais qu'ils dépendent de la contiguité qui existe entre la membrane affectée et les organes subjacens sur lesquels ces phénomenes s'exercent. Donne qui voudra la raison de ce phénomène, il me suffit d'observer qu'il se passe ici quelque chose d'analogue à ce qui a lieu lorsque, par exemple, à l'occasion d'une pleurésie, le malade tousse et expectore, quoique le poumon ne soit pas affecté; à ce qui a lieu par rapport à l'inflammation de l'arachnoïde, qui est accompagnée de transport, quoique l'organe encéphalique (le cerveau) reste intact (1); à ce qui a lieu par rapport au péricarde, dont les maladies suffisent pour déranger les mouvemens du cœur, etc. etc. C'est ce que je nomme, avec Bichat, *phénomènes de contiguité*.

Ceux qui considèrent la fièvre puerpérale comme une fièvre essentiellement putride, sont-ils mieux fondés dans leur opinion, et n'ont-ils pas été induits en erreur par la complication trop fréquente de la fièvre adynamique avec l'affection locale qui constitue proprement ce que j'entends par fièvre puerpérale? Et dans la description de la fièvre puerpérale tracée par le docteur *Withe* (2), n'est-il pas facile de reconnoître le caractère d'une fièvre adynamique compliquée avec la péritonite? « Les femmes, dit-il, sont sujettes, pendant le tems de leurs couches, à cette fièvre, qui a évidemment des symptômes de

---

(1) Wepfer, *de Apoplexia*. Morgagni, *epist.* VII.

(2) *Avis aux femmes enceintes et en couches*, ou *Traité des moyens de prévenir et de guérir les maladies qui les affligent dans ces deux états*, etc. traduit de l'anglois de *Ch. Withe*.

putridité, et qui, si elle n'est pas bien traitée, produit souvent des effets funestes ».... « Cette maladie s'annonce évidemment pour être du genre des putrides occasionnées par les exhalaisons humaines, par l'amas d'une bile âcre et putride, et pour devoir sa naissance à une grande quantité de matières fétides accumulées dans tout le canal intestinal et dans les organes de la génération. Enfin c'est une fièvre maligne du même genre que la fièvre des prisons et des hôpitaux ».... « Les phénomènes que l'on rencontre, après la mort, sont ceux de l'inflammation et de la gangrène dans les intestins ou dans quelques-uns des viscères du bas-ventre, et quelquefois dans la matrice ».... « On trouve communément, dans la cavité de l'abdomen, une sérosité extravasée, mêlée avec une matière purulente; et l'on remarque à la surface des intestins une humidité qui les cole l'un à l'autre et au péritoine ».

« Il n'est pas étonnant que ces phénomènes se fassent plus particulièrement remarquer dans l'abdomen, parce que les matières excrémentielles, d'une âcreté et d'une putridité excessive, que les femmes rendent dans cette maladie, doivent naturellement tendre à enflammer les intestins, et à leur communiquer une disposition putride en transpirant à travers leurs tuniques, ou étant absorbées par leurs petits vaisseaux; et nous en devons conclure que les mêmes causes qui produisent la putréfaction dans l'abdomen d'un corps mort, plutôt que dans toute autre partie, agiront de la même manière dans les corps vivans, toutes les fois qu'il y aura une tendance à la pourriture ».

Les phénomènes qui ont rapport à l'inflammation

du péritoine, tels que les douleurs, la tension, le météorisme de l'abdomen, et les traces d'inflammation ou de gangrène après la mort, ont donc été regardés par le docteur *Withe* et ses sectateurs comme dépendans de la fièvre adynamique. Mais la plus légère attention sur cet objet suffit pour nous prouver combien leurs considérations, à cet égard, sont peu fondées. Abstraction faite de tout autre état de la maladie, il s'agit de jeter un coup d'œil comparatif sur l'état de l'abdomen dans la fièvre puerpérale et dans la fièvre adynamique.

1°. Dans ce qu'on appelle *fièvre puerpérale*, les douleurs de l'abdomen ont un caractère qui leur est propre. Leur marche est aiguë, et quelquefois si violente et si rapide, que les malades périssent avant qu'on ait eu le tems de reconnoître quels étoient les caractères de la fièvre concomitante. Or, une mort si prompte annonce, d'abord, que la maladie n'est point une fièvre essentielle, ensuite qu'elle ne peut être regardée comme une fièvre adynamique, car on ne meurt pas ainsi si subitement de cette dernière maladie, dont les périodes sont toujours plus ou moins tranchées; et en général, de toutes les fièvres primitives, nous ne connoissons guère que l'ordre des ataxiques ou des pestilentielles capables d'occasionner une mort prompte. D'ailleurs, cet état douloureux de l'abdomen est constant dans la fièvre puerpérale; s'il diminue quelquefois pour quelques instans, c'est pour reparoître ensuite avec plus de violence, et il est ordinairement accompagné d'un sentiment de chaleur interne très-incommode.

2°. Dans la fièvre adynamique, au contraire, la douleur et la tension du ventre ne sont point cons-

tantes, et lorsqu'elles ont lieu, elles peuvent bien être vives, mais elles tiennent toujours à la lésion de la sensibilité; car, c'est une règle constante, que toute douleur qui ne tient point à un état inflammatoire, doit être regardée comme purement nerveuse; or, c'est ce qui arrive dans la fièvre adynamique.

Par rapport au météorisme du ventre dans la fièvre puerpérale et dans la fièvre adynamique, il est essentiel de faire une remarque que voici :

1°. Dans la fièvre puerpérale, le météorisme de l'abdomen est dû, en général, au boursoufflement du tissu cellulaire voisin de l'organe affecté; la présence des gaz dans les intestins y contribue pour fort peu de chose; car dans les ouvertures de personnes mortes de fièvre puerpérale, et de ce qu'on nommoit communément *Entérite aiguë*, etc., maladies dans lesquelles le météorisme est très-considérable, on trouve, en général, les intestins fort peu distendus par la présence des gaz. Il est vrai qu'après la mort, le météorisme de l'abdomen et le boursoufflement du tissu cellulaire ont disparu; mais comparez ce phénomène à ce qui arrive par rapport au gonflement d'un membre ou d'une articulation à l'occasion d'un rhumatisme aigu. Ce gonflement a son siége dans le tissu cellulaire du membre, et disparoît à la mort.

2°. Dans la fièvre adynamique, au contraire, le météorisme et le boursoufflement de l'abdomen sont dûs à cet état général d'atonie, qui, frappant aussi le système gastrique, laisse aux gaz la liberté de se développer dans les intestins qui s'en trouvent plus ou moins distendus. Ceux-ci, manquant de contractilité organique sensible, ne peuvent point agir sur les gaz pour les chasser, et à mesure que l'altération s'accroît,

et que la maladie fait des progrès, ces gaz s'accumulent de plus en plus. Tous les autres organes creux de l'abdomen, tels que l'estomac, la vessie, etc. éprouvent le même phénomène. La vessie est distendue par la présence de l'urine, qui ne peut être chassée que par une sorte de regorgement, à cause de l'atonie de l'organe; ce qui fait qu'il y a une sorte de suppression totale ou évacuation presque continuelle de cette liqueur, etc. Les ouvertures des cadavres démontrent bien évidemment la présence d'une plus grande quantité de gaz dans ce cas-ci, aucune apparence d'inflammation dans l'abdomen, lorsque la fièvre adynamique a été simple.

L'expérience prouve, dit *Willis*, qui a traité fort au long de la fièvre puerpérale, que les femmes en couche sont très-sujettes à la fièvre putride, ou plutôt à la fièvre maligne, sans doute à cause de l'état présent de leur corps qui est celui de la souffrance, et qui les rend plus sensibles aux mauvaises impressions d'un air chargé de vapeurs pestilentielles (1). D'après ce passage de *Willis*, ne sembleroit-il pas que la fièvre puerpérale a été considérée comme une fièvre essentiellement maligne. Mais le mot *maligne* a été employé si vaguement pour désigner ou une fièvre bilieuse intense, ou une fièvre putride, ou toute autre maladie qui offroit des symptômes graves, qu'ici il ne sauroit répondre exactement à l'idée que nous avons sur la fièvre désignée par le nom d'ataxique. Quoi qu'il en soit, cette fièvre peut se présenter avec la fièvre puerpérale, et établir une complication des plus graves. Quand on la rencontre, mêmes prin-

(1) Willis, *de Feb. puerp.*

cipes

cipes pour la reconnoître ; mêmes règles pour isoler les élémens de la complication.

La fièvre adénonerveuse ou pestilentielle, peut aussi se compliquer avec la fièvre puerpérale, comme le remarque *Kirkland*. Cette observation ne doit point être rare dans des lieux où la peste est endémique, comme dans le Levant, chez les femmes qui accouchent au moment où cette cruelle maladie fait ses ravages. Pourquoi n'a-t-on pas dit aussi, d'après ces exemples, que la fièvre puerpérale étoit une fièvre adénonerveuse? On ne croira pas, je pense, que je fasse ici sérieusement cette question, qui prouve de plus en plus la nécessité de mettre plus de précision dans la détermination des termes, dont le vague nous donne toujours des idées fausses, et peut jeter une sorte de défaveur sur la science médicale.

Maintenant, d'après toutes les considérations que nous venons d'exposer, je crois que nous pouvons avancer, sans crainte de nous tromper, *que la maladie dite* fièvre puerpérale, *n'est point une fièvre essentielle*.

DEUXIÈME QUESTION.

Est-elle une inflammation de matrice?

Hyppocrate est le premier qui ait fixé le siége de la maladie dont nous traitons, dans l'utérus (1),

(1) *Si ex partu uteri inflammationem conceperint, febris levis corpus detinet et occulorum caligo adest. Ventrem verò incendium numquam deserit, siti et coxendicum dolore vexatur, imus venter vehementer intumescit, et alvus turbatur, dejectio mala est graveolens, vehemens febris invadit, cibi fastidium detinet, et ad sinciput dolor pertingit, neque ventriculi stomachus potus et cibos attrahere, neque etiam coquère potest, ac nisi*

en quoi il a été suivi par une foule d'auteurs venus après lui, tels que *Paul d'Ægine*, *Albucasis*, *Moschion*, *Mercatus*, *Roderic à Castro*, etc., qui, dans leurs écrits sur les maladies des femmes, n'ont fait que répéter les sentences du père de la médecine. Cette opinion, qui compte encore pour partisans les *Fréderic Hoffmann*, les *Sennert*, les *Nenter*, les *Platner*, les *Piquer*, les *Varandé*, les *Astruc*, etc., et plusieurs autres médecins de nos jours, nous paroît peu fondée et facile à combattre si, à l'exemple des citoyens *Pinel* et *Bichat*, il nous est permis d'étudier isolément les affections des divers systèmes d'organes. Nous verrons d'abord que l'inflammation de la matrice, telle que les auteurs l'ont décrite, repose sur une considération trop générale, puisque, pour bien la concevoir, il est nécessaire de la décomposer en autant d'affections simples différentes qui s'exercent sur autant de tissus différens qui concourent à la composition de cet organe. Il nous sera ensuite facile de prouver qu'aucun des tissus propres de l'organe n'est attaqué d'inflammation dans le cas de fièvre puerpérale.

Premièrement, on doit considérer l'inflammation de la matrice d'une manière isolée sur chacun des tissus qui composent cet organe; car ces tissus n'étant pas de même nature, c'est-à-dire, différens sous le rapport de leur structure intime et de leurs propriétés

---

confestim curentur plurimæ intereunt. Lib. de morb. mulierum, *pag.* 609, FOESIUS. Il ajoute ensuite : *Si uteri ex partu laboraverunt febris levis detinet, interiore autem parte imus venter velut igne accensus est, interdum ad coxam usque intusmescit, dolor etiam infirmum ventrem et laterum inanitates occupat. Quæ per alvum seccedunt, biliosa sunt et graveolentia, ac nisi sistantur de repente perit.*

vitales, leurs affections doivent aussi être différentes. Ces tissus sont au nombre de trois, savoir : le tissu muqueux, le tissu charnu, et le tissu séreux, qui recouvre la matrice en dehors, c'est-à-dire, le péritoine. Or, presque jamais une inflammation n'affecte tous ces tissus à la fois, ou la totalité de l'organe qu'ils composent, mais elle porte primitivement sur un seul. C'est pourquoi les auteurs se sont trompés en considérant, comme ils l'ont fait, l'inflammation de la matrice d'une manière générale.

Secondement, comme nous ne devons plus confondre maintenant une inflammation d'une membrane muqueuse, avec celle d'une membrane séreuse ou d'un tout autre tissu, il s'agit de savoir quel est le tissu de la matrice qui peut être enflammé après l'accouchement, sans que la maladie puisse être considérée comme une fièvre puerpérale, et quel est celui de ces tissus, en rapport avec la matrice, qui peut être affecté dans le cas qui nous occupe.

§. I.

Affection du tissu muqueux de la matrice après l'accouchement.

TOUS les accoucheurs ont eu occasion d'observer, après l'accouchement, qu'à la suite d'un travail long et pénible pour accoucher, de manœuvres peu ménagées, de contusion, ou de déchirure de la membrane interne de l'uterus, par l'extraction forcée de quelque portion trop adhérente du placenta, cette membrane pouvoit être attaquée d'inflammation. Or, cette inflammation doit être considérée ici comme celle de toute membrane muqueuse, en général, c'est-à-dire,

comme une espèce de catharre de la matrice produit par quelqu'une des causes que nous venons d'indiquer. Alors, en remontant d'abord à ce qui a précédé, il sera facile de reconnoître cette maladie par les symptômes suivans : douleur obtuse et gravatice dans la région de la matrice ; pesanteur des lombes, lassitudes, douleurs vives du col de l'utérus, ardeur d'uriner, etc. Les lochies se suppriment ou diminuent en quantité, en ne tardant point à devenir fétides et purulentes, ou accompagnées d'excrétions muqueuses plus ou moins abondantes. Le ventre n'est nullement tendu, ni douloureux, il peut y avoir un peu de fièvre, de la soif, de l'insomnie, etc. Mais tout ceci est bien distinct de ce qui arrive dans la fièvre puerpérale.

Quelques auteurs ont mis au rang des causes de la fièvre puerpérale la déchirure de la membrane interne de l'utérus, et ils ont cru que l'irritation, d'abord portée sur cette membrane, y déterminoit un certain degré d'inflammation, qui se propageoit ensuite aux viscères abdominaux par le moyen du péritoine. Et comme il arrive, quelquefois, qu'à la suite d'une opération de la taille très-pénible et très-souffrante, l'irritation de la membrane muqueuse de la vessie se communique au péritoine, qui, après la mort, suivant la remarque de *Richerand*, laisse voir des traces d'inflammation et d'un liquide purulent ; ils se sont crus fondés dans leur opinion, et ils ont pensé qu'il existoit, sous ce rapport, au moins une grande analogie entre l'accouchement et l'extraction d'un calcul de la vessie ; que dans ces deux cas, l'inflammation que contracte l'organe principalement affecté se propage à tous les viscères abdominaux, par le moyen du péritoine qui fournit au plus grand nombre des

enveloppes extérieures (1). On trouve dans *Mauriceau* (2) une autre idée, qui répond à-peu-près à la précédente, au sujet de l'inflammation du péritoine, considérée comme dépendante de l'inflammation de la matrice, après l'accouchement. « Les tranchées, » dit-il, sont souvent causées par la suppression su- » bite des vidanges; la matière desquelles, emplissant » avec abondance toute la substance de la matrice, en » fait grande distension, et y cause inflammation par » son séjour, laquelle se communique, par le moyen » du péritoine, à toutes les parties du bas-ventre, » pour raison de quoi il s'enfle, se tend, et devient » extrêmement dur, lequel accident continuant, » cause souvent la mort à la femme en très-peu de » tems ».

Quoiqu'on ne puisse guère révoquer en doute, que l'inflammation du péritoine peut quelquefois se rencontrer avec l'inflammation de la membrane muqueuse de la matrice dans le cas de fièvre puerpérale, on ne doit point admettre que l'une soit dépendante de l'autre. En général, rien de moins indépendant que le péritoine des affections des organes sous-jacens. On l'a trouvé presque toujours sain, dans le cas même où la désorganisation de la matrice, à la suite de ses ulcérations, avoit été portée à un tel point que ce viscère, devenu très-volumineux, étoit entièrement transformé, dans certaines parties, en une couche putride épaisse de plus de deux pouces, ensorte que la matière, devenue d'abord squirreuse, puis

---

(1) *Voyez* Parta, *Traité des Pertes de sang*, trad. d'*Alibert*, tom. II, pag. 86, à la note.

(2) *Maladies des femmes*, chap. VIII, pag. 405.

ulcérée, n'offroit plus ni tissu sain, ni tissu squirreux; ce dernier ayant entièrement dégénéré en putrilage fongueux (1). Ainsi la tunique péritonéale de la matrice participe très-rarement à la lésion de ce viscère, et elle n'est altérée que lorsque la matrice offre quelque portion transformée, dans toute son épaisseur, en escarre putride; alors, quelquefois, le péritoine est rouge, et il n'est pas même rare qu'il soit lésé dans une étendue très-considérable, ce qui produit une péritonite chronique avec épanchement de pus ichoreux, très-fétide et très-abondant, dans lequel nagent des flocons albimineux, etc. Mais le concours simultané de l'inflammation de la membrane muqueuse de la matrice avec celle du péritoine, regardée comme secondaire, est un cas assez rare, et la fièvre puerpérale se manifeste, la membrane interne de l'utérus restant presque toujours intacte. *Hulme* et *Leake*, qui ont fait un grand nombres d'ouvertures de cadavres à la suite de fièvre puerpérale, ont trouvé constamment que la matrice n'étoit point affectée, et ils en ont conclu, avec raison, que la maladie n'avoit point son siége dans cet organe.

§. II.

Affection du tissu charnu.

Si ce qu'on nomme *tissu charnu de la matrice*, est de nature musculaire, comme on en est généralement convenu, il est évident que son histoire rentre

(1) G. L. Bayle, *Remarques sur les ulcères de la matrice*, (*Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*), par les cit. *Corvisart*, *Leroux* et *Boyer*, mois de frimaire an XI.)

dans la considération des muscles de la vie organique. Or, c'est le propre de ce système d'organes d'offrir tant de variétés qu'on ne peut comparer une portion avec l'autre. Ainsi, par exemple, le tissu du cœur ne peut être comparé avec le tissu charnu des intestins, celui-ci avec le tissu charnu de la vessie, etc. Le tissu de la matrice diffère peut-être encore davantage des tissus de ce genre par l'arrangement de ses fibres, qu'il est presque impossible d'apercevoir quand sa cavité est vide, et difficile de bien démêler lors même qu'elle est remplie par le fœtus, mais sa nature musculaire se distingue, sur-tout par la propriété singulière qu'a cet organe de se dilater, et de s'étendre en devenant plus épais. (Richerand, *Physiologie.*)

L'état peu avancé des connoissances anatomiques sur cet objet, fait qu'il n'est pas très-facile d'apprécier l'état pathologique de ces tissus. D'ailleurs, il seroit extrêmement difficile de déterminer l'ordre des symptômes qui appartiennent exclusivement à leur état inflammatoire, et de les distinguer de ceux qui tiennent à l'inflammation des autres membranes, internes ou externes, qui avoisinent ces tissus. Nous sommes encore bien éloignés de pouvoir assigner les lésions de structure qui constituent cet état pathologique. Ceux qui ouvrent beaucoup de cadavres savent que presque jamais on ne trouve le tissu du cœur enflammé, on connoît mieux les phlegmasies de sa membrane séreuse. Rien de plus connu que l'inflammation de la membrane séreuse et de la membrane muqueuse de l'estomac, des intestins, etc.; et rien de plus obscur que celle de leur tunique charnue. On pourroit presque en dire autant par rapport à la matrice, quoique cependant l'art des accouchemens sem-

ble avoir répandu quelques notions plus précises sur l'inflammation de la tunique charnue de cet organe.

Tout le monde sent, que lorsqu'on use de moyens trop violens pour extraire le placenta, la déchirure de la membrane interne de l'utérus, à laquelle il est adhérent, doit très-souvent en être la suite, et occasionner des tiraillemens dans le plan charnu de cet organe. Ces tiraillemens, dans ce cas, deviendront principe d'irritation, et pourront déterminer un certain degré d'inflammation dans ce plan charnu; or, c'est ce qui arrive ordinairement. *Mauriceau* a remarqué, que cette inflammation se terminoit, ou par résolution, ou par la formation de quelque abcès. Les caractères généraux de cette inflammation, fortement prononcée, d'après *Pinel*, (*Noso. Phil. t.* II, 2e. *édit.*) sont des douleurs dans l'hypogastre, qui est très-sensible au toucher, un état de tension, une grande débilité, l'altération des traits de la face, un pouls foible et dur, quelquefois un léger délire ou une sorte de rêvasserie, le hoquet, l'écoulement d'un liquide rougeâtre par les parties sexuelles, des envies fréquentes d'aller à la garde-robe, une chaleur vive et quelquefois une suppression totale de l'urine.

Les *Commentaires de* Van-Swieten *sur les Aphorismes de* Boerhaave, (*t.* IV,) dit le même auteur, nous ont transmis l'exemple singulier d'une inflammation de la matrice terminée par la suppuration, et devenue comme chronique, puisque, après avoir duré près de vingt mois, l'issue que s'étoit frayée la matière purulente finit par former une sorte de fistule. *Lamotte* rapporte d'autres exemples où les abcès qui s'étoient formés dans la matrice se firent jour à travers les parois du bas-ventre. La position de l'abcès

dans le tissu de la matrice peut varier, et l'observation prouve qu'il peut, quelquefois, s'ouvrir dans le vagin ou bien dans le conduit intestinal : la nature peut aussi se débarrasser de ces mêmes amas par des routes insolites.

Mais les phénomènes de l'inflammation du tissu de la matrice, et que nous venons de retracer, sont bien différens de ceux qui caractérisent la *fièvre puerpérale* proprement dite ; et il y a tout lieu de croire que ce tissu n'est pas primitivement enflammé dans cette dernière maladie. *Bichat* eut occasion de l'examiner d'une manière comparative sur deux cadavres, dont l'un avoit appartenu à une femme morte de fièvre puerpérale, et l'autre, à une fille morte à la suite d'une perte trop abondante de sang menstruel. Dans ces deux cas, le tissu charnu de la matrice n'a offert rien de particulier, il s'est trouvé dans le même état, c'est-à-dire, dans l'état naturel.

§. III.

Affection du tissu séreux.

La matrice, comme la plupart des autres organes de l'abdomen, emprunte de la membrane du péritoine le tissu séreux qui lui sert d'enveloppe extérieure. Mais ce tissu ne concourt point à la structure intime de l'organe dont il est indépendant, et ses affections sont isolées et rentrent évidemment dans le domaine de celles du péritoine. Or, comme dans la fièvre puerpérale, c'est le péritoine qui est l'organe primitivement enflammé, il ne faudra point chercher le siége de cette affection dans la matrice. Cette inflammation devenant plus ou moins générale, la portion

du tissu séreux en rapport avec l'utérus, pourra se trouver enflammée, mais, comme on ne trouve jamais ce tissu seul enflammé sur l'utérus, et sain aux environs, et que l'affection se propage plus ou moins loin sur l'étendue du péritoine, on peut dire aussi, que cette affection est indépendante de l'utérus. Les ouvertures cadavériques démontrent d'ailleurs, d'une manière non équivoque, que les tissus propres de la matrice ne sont pas affectés dans ce cas. *Donc la fièvre puerpérale n'est point une inflammation de matrice.*

TROISIÈME QUESTION.

Est-elle une inflammation des viscères du bas-ventre?

Le bon goût et la méthode philosophique, qu'on a introduits depuis quelque tems dans l'étude des sciences naturelles en général, et de la médecine en particulier, doivent nous faire repousser ces idées trop vagues et indéterminées d'inflammation du bas-ventre, d'inflammation d'entrailles, que quelques auteurs, tels que *Hulme* et *Delaroche*, attachent à la considération de la fièvre puerpérale, et qui donnent lieu à la question de savoir: si les viscères contenus dans l'abdomen sont atteints d'inflammation dans ce cas. Les phénomènes pathologiques et les ouvertures de cadavres souvent répétées à la suite de fièvre puerpérale, nous mettent à même de répondre à cette question par la négative, c'est-à-dire, que ni la rate, ni le pancreas, ni les reins, ni la vessie, etc., n'offrent aucune trace d'altération, qu'au contraire ces organes sont dans l'état naturel. Mais vraisemblablement le nom d'*inflammation d'entrailles*, qu'on a donné

à la fièvre puerpérale, répond ici à ce qu'on appelle *inflammation des intestins*, ce qui ne rend pas pour cela la détermination de la maladie plus précise, car par rapport aux intestins, il y a la même remarque à faire que pour la matrice, c'est-à-dire, que l'inflammation qui les affecte doit être étudiée isolément sur chacun des systèmes d'organes qui les composent. En procédant de cette manière, il sera facile de se convaincre par les ouvertures cadavériques à la suite de fièvre puerpérale, que, ni le tissu muqueux, ni le tissu musculaire n'offrent point de traces d'inflammation, l'organe essentiellement enflammé dans ce cas, avons nous dit, est le péritoine; or, son inflammation est indépendante de celle des autres viscères du bas-ventre, ce qui nous porte à conclure que la fièvre *puerpérale n'est point une inflammation des viscères du bas-ventre*.

QUATRIÈME QUESTION.

Est-elle une inflammation du péritoine?

Les phénomènes pathologiques qu'on observe dans ce qu'on appelle *fièvre puerpérale*, sont tellement constans et uniformes, et les ouvertures cadavériques se trouvent tellement d'accord avec ces phénomènes, qu'il n'est plus douteux maintenant que la maladie ne consiste dans une affection locale, dont le siége est le péritoine, comme je le démontrerai dans le cours de cette question. Le docteur *Johnston* (1), et l'anatomiste *Walter* (2), me paroissent être les pre-

(1) *De febre puerperali*, *Dissert.* Edimb. 1779.
(2) J. Gotlieb. Walter, *De morbis peritonei et apopl.* Berolini, 1785.

miers qui aient eu des notions bien précises sur la fièvre puerpérale, dont ils ont aussi fixé le siége sur le péritoine; et il est presque étonnant, qu'à l'époque où ils écrivoient, les lésions des divers systèmes d'organes n'ayant point encore été étudiées d'une manière isolée, ils aient pu développer avec autant de précision et de détails, la théorie de cette affection considérée isolément. Cependant leurs considérations, déduites de quelques faits particuliers, ne furent rattachées à aucun point de vue général, et leurs découvertes restèrent trop long-tems ensevelies dans la poussière de l'école. Elles ne pénétrèrent point en France. L'ouvrage du premier sur-tout, quoique très-bien fait, fut entièrement oublié; celui du second peu connu, et il fut réservé à *Bichat* de parvenir, en étudiant les affections des membranes séreuses et du péritoine en particulier, aux mêmes résultats que *Johnston* et *Walter*, dont il ne connoissoit point les ouvrages. Dans cette occasion, comme dans bien d'autres, il eut tout l'honneur de l'invention; et dans son cours d'*Anatomie pathologique*, il donna le premier une histoire exacte de la péritonite, dans le développement de laquelle il traita, d'une manière générale, de la fièvre puerpérale. Avant lui le professeur *Pinel* avoit entrevu aussi que cette maladie avoit son siége exclusif sur la membrane diaphane de l'abdomen, puisque dans la première édition de sa *Nosographie*, il en fait une espèce sous le nom d'*Entérite aiguë à la suite des couches*, qu'il décrit dans l'ordre des phlegmasies séreuses. Mais cette dénomination, pour être exacte, avoit besoin d'être rectifiée par les nouvelles découvertes de l'*anatomie pathologique*, et de devenir plus générale par l'adoption du

nom générique de *péritonite*, pour les phlegmasies séreuses de l'abdomen. Dans sa deuxième édition, le professeur *Pinel*, aidé des nouvelles lumières acquises sur cet objet, fait un genre particulier de la péritonite, dans lequel il décrit la fièvre puerpérale sous le nom de *Péritonite des femmes en couches*. (Espèce deuxième.)

Avant d'entrer dans l'exposé de cette nouvelle doctrine, sur la fièvre puerpérale, je crois important de tracer ici l'histoire générale de l'inflammation du péritoine, qu'on pourra ensuite facilement comparer avec l'affection qui nous occupe.

PARAGRAPHE PREMIER.

De l'inflammation du Péritoine en général.

JUSQU'ICI on n'avoit point considéré à part l'inflammation du péritoine; peu d'auteurs en ont parlé, et dans les recueils de *Bonnet*, de *Morgagni*, de *Lieutaud*, etc. on n'en trouve aucun exemple. Quelques nosologistes, tels que *Sauvage*, *Vogel*, *Cullen*, etc. ont bien dit un mot de la péritonite, mais leurs considérations, à cet égard, sont trop peu exactes, pour que nous puissions en tirer quelques lumières pour la connoissance précise de cette affection. Ils ont fait plusieurs divisions de la péritonite, et traité à part de l'inflammation de l'épiploon, du mésentère, etc. sous les noms d'*omentitis* ou *épiploïtis*, de *mesentéritis*, etc.

Cependant *Johnston*, et *Walter* (1), les premiers,

(1) Ouvrages cités.

ont indiqué avec assez d'exactitude la nature de la péritonite, mais il étoit réservé à *Bichat* de nous donner sur cette affection des notions encore plus précises. Jusqu'à lui on avoit généralement confondu, et mal-à-propos, l'inflammation du péritoine avec celle des organes qu'il recouvre. Tous les auteurs s'étoient plus spécialement attachés à traiter des affections isolées de l'estomac, des intestins, de la vessie, de la matrice, etc. sous les noms de *gastrite*, d'*entérite*, de *cystite*, de *métrite*, etc. sans avoir égard à l'affection du péritoine en particulier, ce qui prouve qu'ils croyoient que l'inflammation attaquoit à la fois la totalité de ces organes. Mais aujourd'hui que nos lumières, sur l'anatomie des systèmes, sont plus étendues, nous avons tout lieu de croire que les auteurs se sont trompés à cet égard, et que l'inflammation n'affecte jamais primitivement la totalité de ces organes, excepté dans le cas où une substance corrosive agit sur eux. En effet, ces organes composés de divers tissus de nature et de structure différente, ne doivent-ils pas offrir dans leurs affections de grandes différences, suivant que tel ou tel de ces tissus se trouve primitivement enflammé ? N'y a-t-il pas, par exemple, pour la membrane muqueuse de l'estomac, des intestins, de la vessie, de la matrice, etc. des catharres aigus et chroniques ; pour la membrane du péritoine des inflammations séreuses ; la couche même des muscles organiques ne doit-elle point avoir son inflammation particulière, quoiqu'on connoisse fort peu encore le mode de ses altérations ? Mais toujours est-il vrai de dire, que l'estomac, les intestins, la vessie, la matrice, etc. ne sont point affectés de ces trois maladies à la fois, l'affection ne porte jamais

d'abord que sur un tissu. Si elle a été aiguë, à l'ouverture des cadavres, on trouve ce tissu seul affecté, les autres étant intacts. Ceci a été bien développé par *Bichat* dans son *Anatomie générale*, et dans son *Cours d'Anatomie pathologique*.

Non-seulement l'inflammation du péritoine peut exister sans que les organes qui sont au-dessous participent à cette affection; mais encore elle n'a aucun rapport de dépendance avec ces mêmes organes, en sorte que ceux qui considèrent la gastrite, l'entérite, la cystite, la métrite, etc. comme une inflammation affectant exclusivement les diverses portions de la membrane séreuse, en rapport avec l'estomac, les intestins, la vessie, la matrice, etc. ont encore des idées fort inexactes sur l'inflammation de la membrane séreuse de l'abdomen, puisque d'après leurs considérations, cette affection paroît dépendre de ces divers organes. Et comme on n'a jamais vu la membrane séreuse exclusivement enflammée sur un organe gastrique isolé, et saine aux environs, mais que l'affection se propage plus ou moins loin sur l'étendue du péritoine, on peut dire que les auteurs se sont trompés encore sur ce point.

Faisons ici quelques observations, qui nous montreront de plus en plus l'indépendance de l'inflammation de la membrane péritonéale, d'avec les organes subjacens. Et d'abord, qu'on me permette quelques suppositions, car dans les démonstrations mathématiques, on est souvent obligé d'en faire: supposons un cas qu'on ne rencontre peut-être jamais dans la pratique, mais qui est très-propre à rendre notre idée. Supposons que la matrice, par exemple, se trouve développée, par une cause quelconque,

comme dans l'état de grossesse; dans ce cas, elle sera recouverte par une plus grande étendue du péritoine, parce que les ligamens larges se seront déplissés pour la recevoir; que dans cet état il survienne un inflammation de l'organe dans le sens que l'entendent les auteurs, il est clair qu'il y aura alors une plus grande étendue de la membrane séreuse d'enflammée; qu'au même instant la matrice revienne sur elle-même et reprenne son volume ordinaire, l'inflammation n'étant pas encore dissipée, n'est-il pas vrai que la portion de la membrane séreuse qui appartient aux ligamens, et qui recouvroit l'utérus, en revenant sur elle-même, cessera d'être en rapport avec cet organe, et restera en outre enflammée. Cette inflammation se continuant, aura-t-elle alors quelque rapport avec la matrice?

La même observation se représente pour l'estomac, les intestins et la vessie, si ces organes viennent à être distendus, ils s'engageront, l'estomac entre les lames de l'épiploon, les intestins entre les lames du mésentère, et la vessie sera aussi recouverte par une plus grande étendue du péritoine; que dans cet état de distension de ces organes il se manifeste, comme on l'entend ordinairement, une gastrite, une entérite et une cystite, il est évident qu'il y aura une plus grande étendue de la membrane péritonéale d'enflammée sur ces organes; que ceux-ci, dans ce cas, cessent d'être distendus, alors les lames de l'épiploon abandonnant l'estomac, celles du mésentère les intestins, une grande portion du péritoine, la vessie, il est clair que, l'inflammation continuant toujours, se trouvera fixée sur l'étendue des différentes portions de membranes qui étoient en rapport, il n'y a qu'un instant,

instant avec les organes subjacens, et dont elles se trouvent éloignées dans l'instant présent.

Voulez-vous multiplier encore les preuves de l'indépendance où se trouve l'inflammation du péritoine d'avec les organes sousjacens, comparez-la avec l'inflammation d'un autre tissu, avec l'érysipèle, par exemple. Il est bien vrai que cette inflammation de la peau, comme la première, ne dépend nullement des organes qui sont au-dessous; c'est pourquoi l'érysipèle, fixé d'abord sur la peau des paupières, ne se bornera point aux paupières. Il s'étendra plus ou moins loin, parce que cette inflammation étant indépendante du tissu cellulaire et des muscles subjacens, elle ne pourra être influencée par eux. C'est ainsi que l'érysipèle fixé sur la peau qui recouvre la parotide, ne circonscrira pas seulement cette glande, il se répandra plus ou moins loin, parce qu'il n'y a aucun rapport de dépendance entre la glande et l'érysipèle, etc. Ainsi donc, d'après tout ce que nous venons de dire, on voit bien que les considérations de *gastrite*, d'*entérite*, d'*omentite*, de *cystite*, de *métrite*, etc. etc. sont inexactes; que les lames de l'épiploon, du mésentère et le péritoine en général, sont indépendans dans l'état anatomique, comme dans l'état pathologique des organes subjacens, et que dans ce dernier cas ces organes doivent rester intacts, toute les fois qu'il y aura péritonite aiguë: c'est ce que démontrent d'ailleurs les ouvertures cadavériques à la suite de cette affection.

D'après ces préliminaires, s'il est bien démontré que le péritoine peut être enflammé sans que les organes voisins partagent son affection, nous devrons considérer la péritonite de la même manière qu'une

pleurésie, c'est-à-dire, indépendamment des organes subjacens. Comme il y a identité de nature dans ces deux membranes, il doit aussi y avoir identité d'affection : mais on a été loin de faire ce raisonnement; et tandis qu'on s'est beaucoup occupé de la pleurésie, on a passé sous silence l'inflammation du péritoine, quoique celle-ci soit peut-être aussi commune que la pleurésie, sur-tout si l'on veut y comprendre la péritonite des femmes à la suite des couches.

Si nous comparons maintenant quelques principaux phénomènes que nous présentent ces deux maladies différentes, nous trouverons beaucoup d'analogie entr'elles. En effet, la pleurésie et la péritonite se manifestent de la même manière, c'est-à-dire, comme toute maladie aiguë, par un frisson auquel succède de la chaleur de la fièvre, etc. C'est un caractère des inflammations aiguës des membranes séreuses, d'être accompagnées de douleurs extrêmement vives, vagues ou fixes sur quelque point, et suivies d'un sentiment de chaleur interne très-incommode. Comme dans la pleurésie on éprouve un point de côté, quoique la plèvre soit enflammée en totalité, de même dans la péritonite on ne rapporte quelquefois les douleurs qu'on éprouve que sur un seul point, quoique le péritoine soit généralement enflammé (1). Comme la plèvre est enflammée sans que le poumon partage cette affection, de même le péritoine peut l'être, les organes gastriques étant intacts. Comme la toux et l'expectoration ont lieu à l'occasion de l'in-

(1) Les phthisiques de même rapportent les douleurs qu'ils éprouvent, tantôt au dos, sous les épaules, derrière le sternum, etc. quoique le poumon soit affecté en totalité.

flammation de la plèvre, de même il y a des nausées et des vomissemens par l'inflammation du péritoine. Comme la pleurésie est soumise aux influences atmosphériques, c'est-à-dire, qu'elle se manifeste chez un grand nombre d'individus à la fois exposés à la même température, aux mêmes causes, de même la péritonite peut attaquer un grand nombre de personnes à la fois, et régner d'une manière comme épidémique, suivant l'observation de plusieurs praticiens (1). Comme dans certains cas la pleurésie engendre l'hydro-thorax (2), de même l'ascite séreuse est très-souvent le résultat de l'inflammation du péritoine (3). Comme la pleurésie peut se terminer par suppuration, et donner lieu à un empième, de même la péritonite se termine souvent par des dépôts ou des épanchemens qui sont presque toujours mortels, ou qui, dans certains cas rares, se font jour à travers les parois de l'abdomen. Enfin, pour ne pas multiplier davantage les rapprochemens, comme l'inflammation de la plèvre entraîne après elle des adhérences, de même l'inflammation du péritoine en laisse voir des traces plus ou moins nombreuses.

D'après cet aperçu général de comparaison, qui,

---

(1) Je l'ai vue très-souvent, à l'Hôtel-Dieu de Paris, régner de cette manière. Un médecin, dit *Pujol, Œuvres diverses de médecine-pratique*, tom. 4, pag. 505, a eu occasion de traiter à l'École militaire de Sozese, une épidémie de ces maladies inflammatoires du bas-ventre, qui se terminoient presque toujours, quand on négligeoit le traitement antiphlogistique, par un épanchement séreux. Le plupart de ces ascites secondaires occasionnoient une prompte mort; mais plusieurs sujets résistèrent à cet accident, et trainèrent plus ou moins de tems leur hydropisie.

(2) Sauvages, *Nosol. méthod.* clas. 5, gen. 13, sect. 4.

(3) Piquer, *Prax. med.* tom. 2, pag. 223.

cependant, souffre de grandes modifications suivant la membrane affectée, entre l'inflammation de la plèvre et celle du péritoine, nous voilà déjà parvenus à des données bien plus précises sur la manière dont nous devons envisager l'inflammation de cette dernière membrane, à la description de laquelle nous allons passer incontinent.

Depuis les nouvelles *considérations* de *Bichat* sur l'inflammation du péritoine, on a eu tant d'occasions d'observer cette maladie, qu'on a pu s'enrichir de beaucoup de faits particuliers, au moyen desquels il est facile maintenant de s'élever à une description générale et exacte. Nous nous dispenserons de retracer ici de ces faits particuliers, dont on peut consulter plusieurs exemples très-positifs dans le *Journal de médecine*, *ch.* et *ph.* par les Cit. *Corvisart*, *Leroux* et *Boyer*, (fructidor an 10, et vendémiaire an 11.)

Description générale de la maladie.

Causes. L'étude des causes des maladies, quoique la plus importante pour le médecin, n'est pas toujours la plus facile, et par rapport à l'inflammation du péritoine, il n'est pas aisé de déterminer avec précision quelles sont celles qui peuvent plus directement la développer. C'est pourquoi nous ne nous en occuperons ici que d'une manière générale. Nous dirons seulement que le tempérament pléthorique et sanguin, l'âge adulte, la compression des viscères abdominaux, l'intempérance, les excès dans le boire ou le manger, des passions vives, violentes, la tristesse, le chagrin, la suppression des évacuations de sang habituelles ou autres, comme de la transpiration, la rétrocession de la goutte sur l'abdomen, l'habitation des lieux mal-

sains, humides et froids, et le passage brusque d'une température chaude à une température froide, etc. sont les causes générales qui peuvent donner lieu à l'inflammation du péritoine. Parmi ces causes, il en est qui sont plus propres au développement des inflammations chroniques du péritoine, telles, par exemple, que la compression des viscères abdominaux, l'habitation des lieux humides et froids, etc. Mais presque toujours les inflammations chroniques du péritoine, sont la suite des inflammations aiguës. Je ne m'occuperai point de la manière d'agir de ces causes, il me suffit de les avoir indiquées; je passe à l'invasion de la maladie.

Invasion. Elle a lieu par des horripilations vagues ou un frisson général, accompagné de malaise ou de tremblement, avec engourdissement des membres. Quelquefois le période de froid présente quelque chose de particulier, qu'on ne rencontre guère dans le frisson qui précède les autres maladies aiguës, c'est-à-dire, qu'il dure un, deux, ou même trois jours, ou se renouvelle pendant cet intervalle, tant que dure l'état de spasme qui se passe sur la membrane séreuse. D'autres fois au contraire, ce frisson est inopiné et dure peu de tems. Succède enfin de la chaleur qui est plus ou moins forte, la membrane s'enflamme, le mouvement fébrile qui l'accompagne se développe avec les divers autres symptômes, dont les uns sont locaux ou caractéristiques, et les autres généraux ou sympathiques.

1°. *Symptômes locaux ou caractéristiques.*

La maladie déclarée, l'abdomen devient douloureux souvent au point que la plus légère pression est insupportable. Ces douleurs sont distinctes de celles

qui accompagnent la dyssenterie aiguë, en ce qu'elles sont beaucoup plus vives et plus aiguës que celles-ci, qui sont ordinairement gravatives, profondes et accompagnées d'excrétions muqueuses plus ou moins abondantes. Elles sont tantôt fixes, et alors elles donnent le sentiment d'un point douloureux dans l'abdomen, tantôt générales ou vagues, et accompagnées d'une sensation de chaleur brûlante. Les malades sont forcés de se tenir couchés sur le dos, toute autre position leur étant extrêmement pénible ou insupportable. Dans cet état tension des hypochondres plus ou moins considérable, sorte de tumeur oblongue et rénitente dans la région abdominale répondant aux circonvolutions des intestins. Le ventre se ballonne ou se météorise par le boursoufflement du tissu cellulaire sousjacent. Les hoquets, les nausées et les vomissemens surviennent avec anxiété et respiration fréquente et pénible, sur-tout l'inspiration, à cause de la douleur de ventre qui est très-vive. Il y a quelquefois de la diarrhée ou de la constipation, sans qu'on puisse dire que cela dépende d'aucune affection gastrique.

2°. *Symptômes généraux ou sympathiques.*

Ils ont rapport à l'état du pouls, qui est tantôt dur et serré et presque toujours fréquent. La tête est plus ou moins douloureuse, la face pâle, décolorée, souvent couverte de sueur froide. Par l'intensité des douleurs abdominales, il se manifeste très-souvent de légères contractions des muscles de la face, et principalement du front, par lesquelles les traits de la physionomie se décomposent et déterminent ce qu'on appelle *face grippée*, expression qui désigne d'une manière abrégée cet état particulier de la face dans

lequel les traits semblent être tirés en haut et portés vers le front. D'autres fois le visage est animé, le regard fixe et audacieux, il y a de l'agitation et par intervalle des mouvemens convulsifs et des mouvemens brusques de la tête, de l'insomnie et de la soif, etc. sentiment de stupeur, et plus souvent de froid aux extrémités et aux membres abdominaux. On ne peut tirer aucun caractère certain de l'état de l'exhalation et des secrétions qui varient autant que les autres symptômes généraux subordonnés à l'intensité et à la gravité de la maladie, et à l'état des forces vitales.

Complications. Je ne fais ici qu'en indiquer les principales en passant, le but de cette Dissertation ne me permettant point d'en traiter en détail. L'inflammation du péritoine peut se compliquer avec la fièvre angioténique, avec l'embarras et la fièvre gastrique, et plus fréquemment encore avec la fièvre adynamique, sur-tout dans la fièvre puerpérale. La complication gastrique est impossible à reconnoître seulement d'après les vomissemens ou les nausées qui se manifestent, parce que nous les avons vu dépendre de l'affection du péritoine. Mais une langue muqueuse, blanchâtre ou jaunâtre, une bouche amère et pâteuse, la tète plus ou moins douloureuse, particulièrement au-dessus des orbites, etc. sont autant de symptômes qui pourront servir de caractère distinctif de la complication. Dans le dernier cas, il sera plus facile d'assigner la complication adynamique, lorsque la prostration des forces, la fétidité de l'haleine, la fuliginosité des dents et de la langue seront bien manifestes. La méthode analytique servira à débrouiller

le chaos des autres complications possibles de l'inflammation du péritoine avec d'autres maladies.

Marche de la péritonite. Cette maladie parcourt ordinairement ses périodes avec beaucoup de rapidité, au point qu'il est souvent difficile de saisir le passage du premier au deuxième état, qui se confondent presque toujours. C'est à-peu-près vers le cinquième ou sixième jour qu'on peut observer quelle est la voie qu'elle doit prendre ; elle ne dépasse guère ce terme si elle est funeste. Mais quand l'évènement n'est pas fâcheux, la terminaison est plus ou moins longue, et n'arrive guère avant le dixième jour. Comme les autres inflammations, elle peut se terminer par résolution, par suppuration et par gangrène.

1°. *Par résolution.*

C'est la terminaison la plus favorable; elle a lieu ordinairement depuis le cinquième et dixième, jusqu'au quinzième et vingtième jour, et est annoncée par la cessation des douleurs, de la fièvre et des autres symptômes inflammatoires, non moins que par le rétablissement des fonctions des organes contigus. Le malade se tourne indifféremment dans son lit sur les deux côtés, il n'y a plus de nausées ni de vomissemens; et on voit souvent coïncider avec cette résolution l'augmentation d'une excrétion quelconque, telle qu'une diarrhée ou une sueur abondante, etc. La fièvre cesse, le pouls devient lent et souple, la tête n'est plus douloureuse, les malades acquièrent la faculté de dormir. Un phénomène remarquable et qui est commun aux inflammations séreuses, en général, c'est que l'inflammation du péritoine, dans ce cas, laisse presque toujours après elle des adhérences entre les diverses portions de la surface polie de cette

membrane. Cependant elles sont plus rares ici que dans la plèvre, mais on les observe après la mort des sujets qui, dans le tems, ont été affectés de cette inflammation. Elles sont plus ou moins nombreuses, suivant les organes où elles se rencontrent. Le paquet des intestins grèles nous en offre rarement des exemples. On en trouve plus souvent à la convexité du foie, à celle de la rate, entre ces deux organes et l'estomac, à la première courbure du duodenum, à celle du colon, plus fréquemment encore aux ligamens larges, aux trompes utérines, aux ovaires, etc. Au reste, ces adhérences n'empêchent point l'exercice des fonctions des viscères gastriques, à moins qu'une anse d'intestin adhérente au mésentère ne soit étranglée par quelque bride. Si la formation de ces adhérences a lieu en même-tems que la résolution s'opère, cela suppose que la péritonite se termine heureusement dès les premières périodes de l'inflammation, c'est-à-dire, avant qu'il y ait suppuration ou épanchement. Car, d'après l'opinion de *Bichat*, ces adhérences intimes sont produites par un défaut d'exudation dans deux portions continues d'une membrane séreuse enflammée. Or, ce défaut d'exudation n'a lieu que dans les premières périodes de l'inflammation, où les exhalans des membranes séreuses sont pleins de sang qui s'y est accidentellement introduit, et empêche la sérosité de suinter de leur surface libre.

2°. *Par suppuration ou par épanchement.*

Cette terminaison arrive presque toujours lorsque les malades périssent. Quoiqu'il soit très-difficile de déterminer d'une manière bien précise l'époque de la formation du pus ou de l'épanchement, cependant

elle paroît ordinairement annoncée par la diminution des douleurs abdominales, par un sentiment de pesanteur et d'oppression dans la partie affectée, accompagné de frisson irrégulier avec mollesse du pouls. L'état des secrétions et des excrétions restant à-peu-près le même, le visage devient pâle, les extrémités froides, et les malades ne tardent point à périr. On demande si, la suppuration étant établie et l'épanchement formé, on peut espérer que l'absorption se fera et que la guérison aura lieu. Cette matière épanchée, les fausses membranes, les flocons albumineux qui en sont le résultat ordinaire, me paroissent devoir se détruire et se dissiper difficilement, et rendre très-pressant le danger des épanchemens. On observe presque constamment la présence du pus ou de la sérosité chez les sujets morts même au troisième jour, par la violence de l'inflammation. Un caractère particulier à cette suppuration, c'est qu'elle n'est point accompagnée d'ulcération, ni d'érosion du côté de la membrane qui en est le siége. Le pus est rejeté par voie d'exhalation comme les fluides séreux naturels.

Le fluide purulent qui résulte de l'inflammation du péritoine offre beaucoup de variété dans sa couleur et dans sa consistance. Il est roussâtre, verdâtre ou lactescent, et présente communément une matière qui a l'air de débris de membranes, et des flocons albumineux plus ou moins abondans. La quantité de cette matière varie aussi suivant une foule de circonstances, mais on observe, assez généralement, qu'elle n'est point en raison directe de l'inflammation, car souvent on remarque à peine des traces de celle-ci sur le péritoine, que les épanchemens sont extrêmement abondans, *et vice versâ*. Cette circonstance

particulière, dont il paroissoit d'abord difficile de rendre raison, a déterminée *Selle* à réfuter l'assertion de *Walter*, qui pensoit que les épanchemens qu'on trouve dans l'abdomen des femmes mortes de fièvre puerpérale, étoient dûs à l'inflammation du péritoine. L'opinion de *Selle*, au contraire, est que cette matière, portée d'abord par métastase sur les intestins, y acquiert par son séjour un certain degré d'acrimonie qui peut occasionner un état inflammatoire secondaire, dont on observe quelquefois des traces après la mort. Jamais, dit-il, ou presque jamais, dans le cas dont il est question, cette collection d'humeur puriforme n'est la suite de l'inflammation des intestins ou du péritoine (1), etc. Mais les connoissances que nous avons acquises sur les propriétés vitales et les fonctions que remplissent les membranes séreuses en général, et le péritoine en particulier, nous conduisent à expliquer, d'une manière satisfaisante, pourquoi ces collections abondantes ont lieu dès le commencement de la maladie, et principalement lorsque l'inflammation est peu considérable. Dans l'état naturel il se fait sur le péritoine une exhalation d'un fluide séreux destiné à entretenir le poli de sa surface libre, poli qui est nécessaire aux fonctions auxquelles cette membrane est destinée. Si une cause quelconque agit et détermine sur cette membrane un certain degré d'inflammation, plus cette inflammation sera intense, plus de sang passera dans les vaisseaux exhalans, et moins l'exhalation du fluide séreux aura lieu, alors obstacle à la formation des épanchemens. Au contraire, si l'inflammation est modérée ou qu'elle n'attaque que certains points de la

(1) Selle, *Rudimenta pyretologiæ*, pag. 280 et sequen.

membrane, alors le sang embarrassera moins les capillaires exhalans, mais la sensibilité de ces vaisseaux se trouvera exaltée, et il y aura une exhalation d'autant plus abondante de fluide séreux. Ce fluide séreux s'accumulera et acquerra plus ou moins d'altération, suivant qu'il séjournera plus ou moins longtems dans l'abdomen et hors des voies de sa circulation; et à l'ouverture des cadavres il présentera tous les caractères qui sont propres aux épanchemens, tandis que le péritoine ne nous montrera presque point de traces d'altération. D'ailleurs, une autre raison qui fait que cette membrane ne nous offre presque point de traces de rougeur, après la mort, à la suite d'une inflammation légère, c'est qu'à l'instant où le malade périt, l'état de spasme ou d'irritation qui retenoit le sang dans les capillaires se dissipant, celui-ci passe dans les vaisseaux collatéraux, comme cela arrive par rapport à l'érysipèle, à la rougeole, à la scarlatine, etc. dont la rougeur est peu ou point manifeste après la mort. Nous reviendrons encore sur cette dernière considération un peu plus bas.

3°. *Par gangrène.*

De toutes les membranes séreuses, le péritoine est le plus susceptible de passer d'une forte inflammation à l'état de gangrène. Les phénomènes qui la font reconnoître sont la cessation brusque des douleurs abdominales, la petitesse du pouls qui devient concentré et intermittent. La prostration des forces est considérable, la face hippocratique et la mort prompte. A l'ouverture des cadavres, il est facile de la reconnoître, il s'élève une odeur absolument semblable à celle qu'exhale une partie affectée de gangrène humide, le pus est grisâtre et extraordinairement

fétide. La membrane a un aspect brun, livide, et se déchire facilement.

4°. *Terminaison chronique.*

Outre les diverses terminaisons que nous venons de lui assigner, la période aiguë passe très-souvent à l'état chronique. Alors les symptômes diminuent, prennent un caractère plus doux et donnent quelque relâche au malade qui, quoiqu'il conserve une sorte de sensibilité douloureuse, n'éprouve dans certains intervalles presque point de douleur. C'est un caractère particulier de l'inflammation chronique des membranes séreuses de n'être point accompagnée de douleur forte. *Baglivi*, *Morgagni*, *Sarcone*, ont vu la plèvre, cette membrane si sensible dans les inflammations aiguës, dévorée par des inflammations chroniques et des suppurations cruelles, sans que les malades se fussent plaint de la moindre douleur pendant leur vie. *Morgagni*, par rapport à l'inflammation chronique des intestins, c'est-à-dire, du péritoine, recommande de redoubler de vigilance et d'attention, et de craindre une inflammation cachée, susceptible de dégénérer promptement en gangrène. Cependant quelquefois les malades ressentent une espèce de douleur fixe, semblable à une sorte de déchirement ou de morsure sans sentiment de chaleur. D'autres fois les vomissemens se manifestent, les douleurs reparoissent avec une certaine violence, et on les voit enfin cesser pour laisser un calme perfide qui, suivant la remarque de *Morgagni*, termine les jours de l'individu (1). L'hydropisie ascite est, en dernier résultat, la termi-

---

(1) *De sed. et caus. morb.* epist. XXXV. 23.

naison la plus fréquente de l'inflammation chronique du péritoine.

Résultat de l'Autopsie cadavérique à la suite de l'inflammation du péritoine.

Les nombreuses ouvertures des cadavres faites à la suite de l'inflammation du péritoine nous apprennent que cette membrane a été trouvée enflammée en totalité ou sur certaines portions de son étendue seulement, sans que les organes subjacens ayent participé à cette affection. Dans tous les cas les membranes musculaire et muqueuse de l'estomac, des intestins, etc. ont paru dans l'état sain. Cette circonstance s'est même rencontrée quelquefois dans le cas où il y avoit gangrène du péritoine.

Les traces d'inflammation que présente le péritoine, après la mort, sont plus ou moins marquées, suivant que l'affection étoit plus ou moins avancée, plus ou moins intense. Quelquefois une injection extrêmement fine et abondante s'est offerte à l'examen, tandis que dans d'autres circonstances la rougeur étoit presque imperceptible, le sang s'étant échappé par les vaisseaux collatéraux (*Bichat.*)

On trouve toujours dans la cavité abdominale, plus ou moins de matière séreuse purulente qui baigne la surface des intestins sur laquelle on rencontre aussi de fausses membranes de nature albumineuse, qui collent les intestins les uns aux autres avec plus ou moins de force. Ces fausses membranes paroissent tapisser principalement les endroits où l'humeur avoit été la plus forte.

Il y a, en général, fort peu de gaz dans les intestins, et on ne peut attribuer à leur présence la tuméfaction

et le ballonnement du ventre qui avoient lieu avant la mort. Ce phénomène paroît dépendre du boursoufflement du tissu cellulaire subjacent, comme nous l'avons déjà dit ailleurs, quoiqu'on ne rencontre point des traces de ce boursoufflement après la mort.

Ce qu'on observe, après la mort, à la suite de l'inflammation du péritoine passée à l'état chronique, est bien différent de ce que nous venons d'examiner. La membrane devenue rouge a acquis un certain degré d'épaisseur. On remarque quelquefois que l'inflammation s'est propagée, par le tissu cellulaire, aux membranes subjacentes. L'épanchement qu'on trouve dans l'abdomen est séreux, limpide, verdâtre ou roussâtre, et on y voit nager des filamens blancs comme puriformes. Toute l'étendue du péritoine, ou seulement quelques-uns de ses replis ou des enveloppes qu'il fournit aux divers organes de l'abdomen, sont couverts de petites granulations pisiformes blanchâtres, qu'on a comparées à certaines éruptions miliaires de la peau. Le Citoyen *Bayle*, aide d'anatomie de l'École, a examiné ces sortes d'éruptions, d'une manière particulière, sur un cadavre qui en étoit prodigieusement pourvu. Il a observé, qu'en raclant avec le scalpel les endroits où ces granulations se rencontroient, il les enlevoit avec la même facilité qu'on enlève une fausse membrane un peu adhérente, et alors il a trouvé le péritoine présentant un aspect absolument naturel et dans l'état sain. Mais, dans quelques endroits, où les granulations étoient plus petites miliformes, et s'élevoient sur un fond blanc, il n'a pu les racler qu'avec beaucoup de peine, et en enlevant en même-tems une portion du péritoine auquel elles adhéroient intimément. Dans ce cadavre, l'épiploon

gastro-colique adhéroit assez fortement à la portion du péritoine qui tapisse la paroi antérieure et gauche de l'abdomen, et à une portion de l'intestin grèle, par le moyen de granulations aplaties dont il étoit partout recouvert.

Le Professeur *Pinel* (1), rapporte l'observation cadavérique d'une femme âgée, qui, après avoir langui, depuis long-tems, à la suite d'un dévoiement et d'une tension légère et douloureuse de l'abdomen, présenta l'épiploon qui avoit acquis l'épaisseur de deux lignes et demie, et qui étoit adhérent au mésocolon. Dans certains intervalles, entre les deux, on remarquoit des concrétions lymphatiques pareilles à celles qu'on trouve à la suite de l'inflammation des membranes diaphanes. Le reste de l'épiploon flottoit librement sur les sinuosités des intestins, et ces derniers offroient d'ailleurs les marques d'une inflammation chronique, c'est-à-dire, qu'ils étoient rouges en quelques endroits, et qu'en général, la membrane du péritoine qui les recouvre, étoit parsemée de petites granulations analogues à celles de l'épiploon. Entre les circonvolutions des instestins, on observoit aussi des concrétions limphatiques, et il s'étoit formé dans l'abdomen un épanchement considérable d'une sérosité sanguinolente.

§. II.

De la Fièvre puerpérale

Après avoir donné l'histoire générale et fort abrégée de l'inflammation du péritoine, il reste à déterminer si la fièvre puerpérale peut, quant à l'affection locale qui lui est propre, être considérée comme une

(1) *Nosograph. philos.* tom. II, pag. 129, Ire. édition.

péritonite.

péritonite. Pour acquérir cette connoissance, nous allons rapporter quelques histoires particulières de la fièvre puerpérale; nous donnerons ensuite l'histoire générale de la maladie, qui sera terminée par le résultat des ouvertures cadavériques, et le problème que nous cherchons se trouvera, par ce moyen, résolu.

SECTION PREMIÈRE.

Observations particulières.

I.re Observation. Une femme de trente-huit ans, et dans sa première grossesse, accouche au grand Hospice d'humanité, après un travail assez long et assez laborieux : d'abord écoulement libre des lochies; mais le deuxième jour, frisson assez long suivi de chaleur; bientôt après sensibilité vive de l'hypogastre et de l'abdomen. Le troisième jour des couches, douleurs vives, tension, gonflement et météorisme du ventre, nausées et vomissemens, suppression des lochies, affaissement des seins, *decubitus* sur le dos, et impossibilité de se tenir couchée sur l'un ou sur l'autre côté; sécheresse de la bouche, soif, constipation, urines rouges, pouls dur et fréquent, visage un peu animé, (*ipécacuana à petites doses*), presque point de soulagement; augmentation des douleurs vers le soir, agitation, plaintes continuelles pendant la nuit. Le quatrième jour, persévérance des douleurs et de l'état de l'abdomen, même sensibilité au toucher, ni lochies, ni sécrétion du lait, nausées sans vomissemens, constipation, respiration douloureuse, pouls serré, dur et fréquent, (*douze sangsues à la vulve*,

lavement anodin, tisane de graine de lin avec la guimauve); dans le reste de la journée, légère rémission, un peu plus de calme la nuit. Le cinquième jour, météorisme de l'abdomen avec une douleur vive et une sensibilité exquise au toucher, flaccidité des mamelles; les lochies ont repris leur cours, borborigmes, le pouls serré, moins fréquent, (*lavement anodin, fomentation, en boisson, eau-de-lin, petit-lait, bouillon de veau*); les souffrances très-vives dans la journée; le soir on ordonne l'application d'un vésicatoire sur le bas-ventre, ce qui effraya la malade; les douleurs deviennent tout-à-coup intolérables et les lochies se suppriment de nouveau, *decubitus* sur le dos, nausées et hoquets sans vomissemens, (*application de sangsues à la vulve, ce qui rappelle les lochies.*) Le sixième jour, lochies abondantes, débilité de la malade, douleurs moins vives de l'abdomen, qui est toujours tendu, dévoiement, affaissement des mamelles, plus de facilité de se tourner sur l'un ou l'autre côté; pâleur de la face, abattement des forces, point de céphalalgie, langue humectée, pouls plus souple et moins fréquent; dans la journée, sueur générale et copieuse; la nuit, un peu de sommeil. Le septième jour, ventre sensible au toucher, mais diminution considérable de son volume, écoulement en blanc par la vulve, point de sécrétion de lait; le soir, légère exacerbation des douleurs. Les huitième et neuvième jours, assez de tranquillité, abdomen souple, mais encore sensible au toucher; toutes les fonctions se rétablissent, et la malade éprouve le désir de prendre des alimens. Cette sensibilité de l'abdomen, quoique légère, s'est encore soutenue pendant sept à huit jours, et la malade a gardé encore long-tems une sorte de diarrhée.

IIe. Observation. Fièvre puerpérale simple suivie d'une terminaison funeste et de l'autopsie cadavérique. Une femme de trente-deux ans éprouve beaucoup de chagrins dans sa grossesse, et un accouchement un peu laborieux au terme ordinaire; cependant, écoulement régulier des lochies pendant trois jours; le quatrième, leur suppression subite sans cause connue, ce qui dura trente-six heures sans produire cependant de douleur abdominale. Le cinquième jour, douleur abdominale correspondante à la région de la matrice, mais point de tension. Le sixième jour des couches, premier de la maladie, tension de l'abdomen, qui augmente le soir avec douleur lors de la pression; point de lochies, seins affaissés, pouls fort et dur, sueur, urine nulle, respiration pénible, (*diète, douze sangsues à la vulve, eau de fleur de tilleul*). Le deuxième jour, tension très-forte, pression douloureuse, hoquets sans vomissemens, *decubitus* sur le dos, impossible du côté gauche, pénible du côté droit, lochies supprimées, pouls affoibli, langue sèche, soif, urine assez abondante, douleur de tête et des membres, débilité, (*larges vésicatoires sur l'abdomen, eau de fleur de tilleul*). Le troisième jour, tension moindre, pression toujours douloureuse, vomissemens nuls, hoquet, deux ou trois selles, pouls foible et concentré, langue plus humectée, moins de soif, sueur, urines copieuses, (*vésicatoires animés, sinapismes à côté*). Le quatrième jour, mieux marqué, point de hoquet ni de vomissement, possibilité de se coucher sur l'un ou l'autre côté. Le cinquième jour, ventre souple toujours douloureux, hoquet par intervalles, toujours suppression des lochies, pouls serré peu fébrile, état presque naturel des fonctions,

(*renouvellement des vésicatoires*). Le septième jour, ventre plus souple, moins douloureux, point de hoquets ni de vomissemens. Le huitième jour, accidens un peu augmentés, point de lochies, point de lait; les symptômes ont diminué pendant quelques jours, puis ont reparu avec assez de violence; toujours abdomen douloureux, alternatives de vomissemens; l'affection a dégénéré en chronique, fièvre lente et mort au cinquantième jour de la maladie.

Autopsie cadavérique : Dans l'abdomen, quantité abondante d'un liquide comme purulent, d'une couleur jaunâtre; le péritoine engorgé, rouge et très-épais, avec des traces plus marquées d'inflammation du côté gauche; les intestins réunis par des collections albumineuses.

IIIe. Observation. Une femme âgée de vingt-huit ans, bien réglée jusqu'à sa grossesse, n'avoit eu aucune maladie antécédente : au terme ordinaire, accouchement naturel, et écoulement libre des lochies jusqu'au troisième jour. A cette époque, nouvelle fâcheuse; diminution considérable des lochies, tranchées. Le lendemain même état. Le cinquième jour, premier de la maladie, suppression des lochies, météorisme et douleurs de ventre; pression pénible, coucher en supination, hoquets, vomissemens, constipation, affaissement des mamelles, fièvre modérée, sueur, urine abondante, (*ipécacuanha, lavemens purgatifs, bains*). Le deuxième jour, météorisme augmenté, douleurs abdominales plus vives, hoquets, vomissemens; deux selles, flaccidité des mamelles, lochies nulles; pouls petit concentré, point de sueur, point d'urine, (*eau émétisée, bains*). Le troisième jour, même état de l'abdomen, dévoiement, d'ailleurs

mêmes symptômes; langue sèche, pouls petit concentré, soif, sueurs par intervalle, mal de tête, (*même prescription que la veille.*—Le soir, *deux larges vésicatoires sur l'abdomen*). Le quatrième, augmentation considérable des accidens, langue sèche, pouls très-petit, prostration des forces. Le cinquième jour, mort.

Autopsie cadavérique : Péritoine légèrement phlogosé sur presque toute son étendue; liqueur séreuse puriforme dans l'abdomen; la matrice un peu plus volumineuse que dans l'état ordinaire, n'offrant d'ailleurs rien de particulier; les autres viscères dans l'état naturel, les intestins peu distendus par des gaz, leurs membranes muqueuse et charnue intactes.

IVe. Observation. L'épouse de *Pasta* (1) eut pendant deux jours les douleurs de l'enfantement, et le travail s'étant continué dix heures après l'écoulement des eaux, elle éprouva des hoquets et des vomissemens violens; enfin, elle accoucha vers le milieu du vendredi-saint de 1743, d'une petite fille de médiocre volume; les vomissemens et les hoquets cessèrent, les lochies coulèrent le reste de la journée et la suivante. Elle étoit assez bien, excepté que sa respiration étoit fréquente, et que son pouls étoit fréquent et déprimé. Le soir du jour de Pâques, elle fut assaillie d'une fièvre avec frisson, et d'une douleur vive des lombes dans le côté gauche; les hoquets et les vomissemens la reprirent pendant la nuit; l'écoulement des lochies se suspendit, et il se manifesta une tension douloureuse dans le bas-ventre; la soif étoit brûlante, et les douleurs des lombes, qui s'étendoient jusqu'aux aines,

(1) *Traité des Pertes de sang*, trad. d'*Alibert*, tom. II, pag. 66.

étoient vives et continuelles. C'est en vain qu'on pratiqua trois saignées, qu'on donna des lavemens émolliens, qu'on fit des injections dans le vagin, des fomentations sur le bas-ventre, qu'on administra les potions calmantes, etc.; les insomnies, les douleurs, la soif, le hoquet, l'évanouissement, les anxiétés, les défaillances, persistoient toujours; on entendoit, en outre, lorsqu'on approchoit l'oreille de la malade, un bouillonnement continuel dans le côté gauche du ventre, où étoit la plus grande douleur; les urines étoient peu chargées et en petite quantité; la langue sèche et aride; le coucher en supination; les matières du vomissement étoient d'une couleur jaune verdâtre et très-fétides; toutefois les selles, qui d'abord avoient été presque nulles, commencèrent à devenir abondantes, et d'une consistance assez louable au commencement du sixième jour de l'accouchement, et même vers la fin du cinquième. Cette apparence de mieux, qui d'abord avoit donné quelque espoir à Pasta, n'étoit qu'un symptôme perfide; car, vers le milieu du jour, le pouls devint plus petit; il survint un léger délire avec une moiteur universelle, et la malade expira.

SECTION II.

Histoire générale de la maladie.

L'HISTOIRE générale d'une maladie, pour être précise et naturelle, doit découler des faits particuliers, comme les corollaires découlent des théorèmes. C'est pourquoi nous avons fait précéder quelques observations particulières de *fièvre puerpérale simple*,

pour nous élever, par elles, aux connoissances générales de la maladie. Si leur nombre ne suffit point pour que nous puissions en tirer un développement assez étendu pour l'histoire générale de la maladie, nous nous aiderons des lumières répandues sur cet objet, par une foule d'auteurs, qui, comme *Hulme*, *Leake*, *Delaroche*, *White*, *Doublet*, *Denman*, *etc.*, se sont exercés, avec plus ou moins de succès, à faire connoître les caractères de la fièvre puerpérale. Quoique leur manière d'envisager cette maladie, suivant qu'ils l'ont observée dans son état de simplicité, ou suivant ses complications diverses, ait donné lieu à beaucoup de diversité dans leurs opinions, cependant, on peut tirer parti de leurs observations en s'éclairant par les progrès qu'ont faits l'*Anatomie Pathologique*, et l'application de la méthode analytique à l'histoire des maladies. N'ayant pour but que de faire connoître la fièvre puerpérale simple, il eût été superflu de rapporter ici des observations de fièvre puerpérale gastrique, adynamique, etc.

Causes. Les causes capables de développer la fièvre puerpérale, quoique peu connues dans leur manière d'agir, sont extrêmement nombreuses, mais il nous seroit difficile d'assigner, avec précision, quelles sont celles qui peuvent plus directement la produire. Par rapport à l'étude que nous devons en faire, nous les divisons en causes prédisposantes et en causes déterminantes.

1°. *Causes prédisposantes.* On ne peut douter que l'acte de l'accouchement, et les phénomènes qui l'accompagnent, n'aient des connexions nécessaires avec les maladies qui paroissent alors, et, par conséquent, avec la fièvre puerpérale. C'est pourquoi je mets au

nombre des causes prédisposantes de cette maladie l'accouchement, et tout ce qui, avant cette époque, a pu rendre la grossesse plus ou moins pénible, comme les maladies qui accompagnent quelquefois cet état, la foiblesse de la femme, sa grande susceptibilité, un tempérament irritable pléthorique ou sanguin, la vie sédentaire, une mauvaise nourriture; l'habitation des lieux malsains, humides et froids, un air épais chargé de vapeurs malfaisantes, la pauvreté (1), la malpropreté, les chagrins domestiques, les affections tristes, et toutes les causes débilitantes en général, etc. etc.

Pendant l'accouchement. Un travail plus ou moins long et pénible, des manœuvres peu ménagées qui, en fatiguant la malade, exaltent d'autant plus sa sensibilité.

Après l'accouchement. Le désordre de la sensibilité, produit par le changement subit qu'opère cette importante fonction de la nature, ce qui développe chez la femme une somme de susceptibilité plus grande; c'est dans cet état qu'elle éprouve de violentes commotions, même par la plus légère cause, par le plus petit mouvement; que la joie, des contrariétés, des affections morales, tristes, etc., agissent vivement sur elle; et *Junker* a eu raison de dire, par rapport aux femmes nouvellement accouchées, *qu'elles sont comme des personnes blessées, auxquelles, par les plus légères causes, les fièvres inflammatoires peuvent survenir.*

---

(1) Willis assure, au contraire, que les femmes riches, jolies et délicates, *ditiores, pulchræ et tenellæ*, accouchent plus difficilement et sont plus exposées aux maladies qui suivent les couches, *in dolore pariunt et mox à partu difficiles et periculos subeunt casus.* De *febre puerp.* pag. 277.

2°. *Causes déterminantes.* Dans cet état de susceptibilité des femmes, dont *Juncker* vient de nous donner la mesure, on conçoit qu'une foule de causes, qui, avant l'accouchement, étoient prédisposantes, peuvent après être déterminantes. C'est ainsi que l'habitation des lieux bas et humides, les extrêmes de la température, soit en froid, soit en chaud, le passage brusque de l'une à l'autre, et sur-tout un état de froideur humide permanente, etc., peuvent déterminer l'inflammation du péritoine chez une femme nouvellement accouchée; c'est ainsi que toutes les passions tristes, les chagrins profonds, la crainte, la terreur, etc.; les passions vives, la joie, une bonne nouvelle imprévue, la colère même, etc. peuvent développer la maladie. Mais les causes les plus fréquentes et les plus communes, consistent dans les écarts du régime, lorsque, par exemple, les femmes se lèvent trop tôt, et s'exposent à l'air froid et humide qui répercute la transpiration; lorsqu'elles prennent trop tôt des alimens, qu'elles font usage des boissons froides, fortes, spiritueuses, etc.

Une cause générale et déterminante de la fièvre puerpérale, dans les hôpitaux, paroît être la respiration d'un air insalubre et corrompu par le rassemblement des femmes en couche. La maladie produite par cette cause, prend alors, suivant l'expression vulgaire, un caractère épidémique, c'est-à-dire, qu'elle attaque un grand nombre de femmes à-la-fois et fait des ravages considérables. Est-ce évidemment à des miasmes putrides, suspendus dans l'air des salles des femmes en couche, qu'est dû ce phénomène (1), ou

(1) Plusieurs praticiens prétendent que la matière purulente qu'on trouve dans l'abdomen des femmes mortes à la suite de fièvre puerpé-

bien, l'air avec ces caractères malfaisans, acquiert-il, par l'abaissement de sa température et de l'humidité dont il se charge, plus de puissance pour développer la fièvre puerpérale? C'est ce qui paroît très-probable, d'après l'observation qu'on a faite, qu'il régnoit beaucoup plus de fièvres puerpérales dans un tems humide et froid que dans toute autre saison (1).

On a eu très-souvent occasion d'observer la fièvre puerpérale régner d'une manière épidémique. Dans l'*Histoire de l'Académie*, il est fait mention d'une épidémie très-meurtrière de ce genre, qui fit beaucoup de ravages parmi les femmes en couches pendant l'hiver de 1746. Sur vingt femmes qui en furent attaquées, à peine en réchappa-t-il une. On l'observoit aussi en ville, spécialement chez les femmes pauvres.

On rapporte qu'il mouroit beaucoup de femmes en couche à l'Hôtel-Dieu, lorsqu'un médecin crut que cela dépendoit de ce que la salle de ces femmes se trouvoit immédiatement au-dessus de celle des blessés. Ce qui sembloit accréditer cette opinion, c'est qu'on croyoit avoir observé qu'il mouroit beaucoup plus de femmes en couche lorsqu'il y avoit plus de malades dans la salle inférieure. On prétend qu'on vit diminuer ce fléau dévastateur des femmes en couche quand on eut changé la disposition des salles.

---

rales, a des qualités très-délétères, et que son introduction dans l'économie animale, par voie d'inoculation, peut produire les plus terribles maladies. Le professeur *Chaussier*, partageant cette opinion, a soin de recommander à ses élèves de prendre des précautions pour ne pas se piquer avec le scalpel, en ouvrant l'abdomen des femmes mortes de fièvre puerpérale. Il m'a assuré avoir vu des effets dangereux de semblables piqûres chez des sujets qui avoient négligé ces précautions.

(1) Delaroche, *Fièvre puerpérale*.

Le médecin *Doublet*, connu sur-tout par la méthode qu'il a introduite dans le traitement de la fièvre puerpérale, l'a aussi très-souvent vu régner épidémiquement à l'Hôtel-Dieu. *Doublet* a fait la même remarque à Vaugirard en 1781, 1782. Ces cas sont malheureusement trop communs, pour que nous insistions davantage sur la preuve de leur existence. Il y a peu de tems que cette épidémie a enlevé beaucoup de femmes en couche au grand Hospice d'humanité. Dans le trimestre d'été de l'an 10, rien n'étoit si commun dans cet hospice que les péritonites chez les femmes nouvellement accouchées, et même chez les hommes.

D'après ces observations, quelques médecins, *White* entr'autres, ont considéré la fièvre puerpérale comme essentiellement putride. Mais, parce que cette maladie sera produite par la même cause qu'une fièvre adynamique, et qu'elle se compliquera, le plus souvent, avec cette fièvre, sur-tout dans ce cas, faudra-t-il en conclure que c'est une fièvre adynamique. Nous l'avons dit plus haut; ce sont deux affections distinctes, tellement différentes, qu'elles sont opposées par leur nature, dont l'une est une inflammation locale et constitutive de la maladie, et qu'on doit rapporter à l'ordre des phlegmasies séreuses; et l'autre est l'affection vulgairement dite *putride*, mieux nommée *fièvre adynamique*, qu'on doit rapporter au quatrième ordre des fièvres.

Invasion de la maladie.

La fièvre puerpérale se déclare le plus ordinairement du deuxième au cinquième jour de l'accouchement, rarement plutôt, quelquefois plus tard, et peut même survenir à toute autre époque de l'allai-

tement (1). Le plus souvent elle prélude par un frisson plus ou moins long, auquel succède un degré de chaleur plus ou moins intense. Si elle ne s'annonce pas par un frisson, c'est ordinairement par un malaise général dont les malades ne savent pas se rendre compte, et par des lassitudes spontanées. Elles éprouvent une sorte d'agitation et de malaise, et bientôt, dans l'un et l'autre cas, les douleurs, symptômes caractéristiques de l'affection, paroissent avec plus ou moins de promptitude et d'intensité, suivant une foule de circonstances. Lorsque la maladie est déclarée, voici les symptômes qui lui sont propres.

Symptômes particuliers ou caractéristiques.

Douleurs abdominales, tantôt vers les lombes, tantôt vers l'épigastre ou à l'ombilic, quelquefois dans toute l'étendue de l'abdomen. Ces douleurs sont souvent accompagnées d'un sentiment de chaleur interne qui les rend très-incommodes. Leur caractère est essentiellement propre aux douleurs qui dépendent de l'inflammation des membranes séreuses, en général; elles sont aiguës, déchirantes, et arrachent

---

(1) Voyez une *observation* consignée dans l'*Histoire de la Société de médecine*, pour les années 1782 et 1783, *pag.* 255, sur une fièvre puerpérale survenue à une femme au moment de sevrer son enfant. Le professeur *Pinel* m'a dit avoir connoissance d'un cas analogue de fièvre puerpérale dont une femme fut atteinte à la fin du treizième mois de son accouchement. C'est ce qu'on a nommé *fièvre puerpérale tardive*. Quoique ces cas soient rares, il n'est pas insolite de les observer; et dans tous les tems une femme peut être atteinte d'une péritonite qui offrira à-peu-près les mêmes phénomènes que dans le cas de fièvre puerpérale, plus rapprochée du terme de l'accouchement, si elle est encore nourrice, c'est-à-dire, que le lait se supprimera, que les mamelles deviendront flasques, etc. etc.

souvent des cris aux malades, qui sont dans ce cas forcées de se tenir couchées sur le dos, la position latérale étant extrêmement pénible. Les malades ont la respiration courte et gênée, par la crainte de contracter le diaphragme, dont le refoulement en bas augmente considérablement les douleurs abdominales : celles-ci se calment quelquefois pour plus ou moins de tems, et reparoissent ensuite avec plus de violence; elles augmentent par la plus légère pression sur l'abdomen, et quelquefois les malades ne peuvent supporter ni le poids des couvertures, ni l'application d'aucun topique sur l'abdomen, qui devient quelquefois tout aussi volumineux que dans les derniers tems de la grossesse : il est tendu et météorisé, non pas tant par la présence des gaz dans les intestins, que par le boursoufflement du tissu cellulaire sousjacent.

Au nombre des symptômes caractéristiques de la maladie, nous mettons les nausées, les hoquets, les vomissemens, que quelques auteurs ont fait dépendre de quelque affection gastrique, mais qui tiennent évidemment à l'affection locale, et ont lieu ici comme à l'occasion de toute inflammmation du bas-ventre. Le dévoiement, qu'on observe aussi très-souvent dans la fièvre puerpérale, est dû à la même cause, et doit être rangé sur la même ligne de considérations que les nausées et les vomissemens dont nous parlons.

Un phénomène presque constant dans la fièvre puerpérale, c'est l'affaissement des mamelles, par le défaut de sécrétion du lait ou la disparution de celui qu'elles contenoient déjà, si la sécrétion avoit eu le tems de s'établir avant le développement de la maladie. La plupart des auteurs ont fait une atten-

tion particulière à ce phénomène, et l'ont expliqué à leur manière : ils ont cru, par exemple, qu'il se faisoit une métastase de cette liqueur dans l'économie, et plus particulièrement sur l'abdomen, ce qui donnoit lieu au développement de la fièvre puerpérale. Cette opinion, qui est tout-à-fait hypothétique, ne mériteroit point d'être réfutée; mais comme nous aurons occasion d'y revenir, en parlant des considérations générales sur les ouvertures cadavériques, nous ferons voir sur quoi les auteurs se sont trompés. Qu'il nous suffise de considérer ici, *à priori*, l'absence du lait aux mamelles comme l'effet de la maladie, un de ses symptômes assez constant, et non la cause.

Nous en dirons autant des lochies, dont la suppression accompagne presque toujours la fièvre puerpérale, et que les auteurs ont considérée comme cause de cette maladie. Mais puisqu'on voit quelquefois les symptômes les plus graves de la fièvre puerpérale se manifester sans avoir été précédés par aucune altération dans la qualité ni la quantité de cette évacuation, et que, d'un autre côté, elle se supprime quelquefois très-promptement, sans qu'il en résulte aucun accident, on peut avancer que la suppression des lochies n'est pas la cause de la fièvre puerpérale.

Symptômes généraux ou sympathiques.

Si nous réfléchissons que la vitalité se répand sur tous les organes, au moyen des nerfs, et que chaque organe en particulier, en raison des impressions qu'il reçoit et des fonctions auxquelles il est destiné, influe de son côté, plus ou moins, sur l'état de tout le système nerveux, nous verrons que les effets d'une

affection locale doivent se répandre plus ou moins, et devenir généraux. Et plus la sensibilité de l'organe affecté sera grande, et les communications libres et faciles, plus aussi l'influence qu'il aura sur les autres organes sera marquée. Mais c'est le propre des phénomènes généraux ou sympathiques de varier singulièrement, et de ne pouvoir servir de caractère distinctif des maladies. Dans ce qu'on appelle *fièvre puerpérale*, le premier symptôme général et sympathique qui s'offre à notre examen, c'est l'état du pouls, qui est peut-être un de ceux qui varient le moins dans cette maladie, lorsqu'elle est simple; et la raison en est facile à saisir. Comme il arrive que chaque ordre de phlegmasie donne lieu au développement d'une fièvre secondaire qui lui est propre, que la péripneumonie, la pleurésie, le catharre aigu, etc. sont accompagnés chacun d'un mouvement fébrile particulier; de même l'affection locale qui nous occupe, n'étant qu'une phlegmasie du péritoine, donnera lieu à une fièvre concomitante particulière qu'il sera facile d'apprécier. C'est ainsi que, dans ce cas, le pouls est serré, petit et concentré, comme nous l'avons vu dans les observations particulières, et comme nous le présentent les auteurs qui ont traité de la fièvre puerpérale et des inflammations du bas-ventre, en général. Alors cet état du pouls devroit être regardé comme symptôme caractéristique de la maladie, et rangé dans l'exposé précédent des symptômes particuliers; mais comme il n'est pas très-commun de rencontrer la fièvre puerpérale simple, et qu'elle se complique presque toujours des divers ordres de fièvres, l'état du pouls devra varier suivant que la complication dépendra

d'une fièvre angioténique, méningo-gastrique, adynamique, etc.

La face est ordinairement pâle et abattue, et presque toujours gripée comme dans la péritonite ordinaire. Les yeux sont larmoyans et la vue trouble: *Et oculorum caligo adest*, dit *Hyppocrate*. La tête est plus ou moins douloureuse, et quelquefois, par l'intensité de la maladie, il y a des transports cérébraux: on les observe sur-tout lorsque la maladie est très-décidément inflammatoire ou ataxique, etc. L'état de la langue varie beaucoup; tantôt elle est humide, et tantôt sèche et rugueuse, quelquefois jaunâtre, et d'autres fois brunâtre, suivant l'état de la maladie et sa complication.

La peau est très-souvent sèche et chaude; mais, par les progrès et l'intensité de la maladie, elle se couvre de sueur plus ou moins abondante, qui disparoît et se renouvelle par intervalle. Cette sueur, qui paroît quelquefois augmenter proportionnellement à la gravité de la maladie, devient colliquative froide, visqueuse et fétide, s'il y a complication de fièvre adynamique. Cependant il ne faudroit pas toujours regarder l'abondance de la sueur comme un symptôme grave, car il y a des cas où elle se manifeste lorsque la rémission des douleurs ou de quelque symptôme grave s'opère: alors elle est une crise salutaire. C'est ce que nous avons vu arriver chez la malade qui fait le sujet de la première observation. Les urines n'offrent ordinairement rien de bien particulier, excepté qu'elles coulent moins abondamment que de coutume, dans le cas sur-tout où la maladie offre un caractère adynamique; sur la fin, elles déposent un sédiment rouge et briqueté, etc.

Les

Les auteurs parlent beaucoup d'exanthèmes miliaires comme d'un phénomène qui accompagne souvent la fièvre puerpérale, mais on ne les rencontre jamais que dans le cas où il y a complication avec quelque fièvre de mauvais caractère, comme de la fièvre adynamique, dont ils sont un symptôme grave. A l'Hôtel-Dieu de Paris, où j'ai le plus observé de fièvres puerpérales, j'ai eu occasion de remarquer que l'éruption miliaire étoit très-rare, et que lorsqu'elle avoit lieu, ce n'étoit que dans le cas que j'ai indiqué.

Complications de la maladie.

Dans la première question, nous avons indiqué les principales complications de la fièvre puerpérale avec les fièvres primitives. Le but de cette Dissertation ne nous permet point d'y revenir ici d'une manière particulière; il nous suffit d'ajouter que cette maladie peut se compliquer encore avec l'inflammation de la plèvre, du poumon, de l'arachnoïde, etc. avec les phlegmasies muqueuses des intestins, de la matrice, etc. Ici, pour le diagnostic de la maladie, il est essentiel d'avoir la même attention d'isoler les divers symptômes qui appartiennent à chaque affection en particulier. Il est évident que toutes ces complications doivent beaucoup ajouter aux dangers que la maladie nous offre d'ailleurs par elle-même.

Marche de la Maladie.

Avec cet appareil de symptômes dont nous avons retracé l'histoire, la fièvre puerpérale fait des progrès plus ou moins rapides, et se termine le plus souvent par la mort, qui arrive ordinairement du

cinquième au dixième jour de la maladie. Elle peut aller cependant quelquefois au-delà du quinzième et du vingtième jour, et passer à l'état chronique. Ses différens degrés sont très-difficiles à isoler, à cause de la variété qu'ils nous offrent dans leur marche; ils se confondent souvent les uns avec les autres, et se succèdent avec tant de rapidité, qu'on voit souvent périr les malades avant qu'on ait eu le tems de s'assurer de la nature de la fièvre concomitante.

TERMINAISON.

La fièvre puerpérale se termine comme toute inflammation locale.

1°. *Par résolution.*

Dans les ouvrages qui traitent de la fièvre puerpérale, on trouve des exemples plus ou moins fréquens de guérison, mais malheureusement ils sont rares; et lorsque la maladie est bien évidemment caractérisée, elle est le plus souvent funeste. Lorsque la résolution s'en fait, c'est ordinairement vers le cinquième ou dixième jour qu'on s'aperçoit du changement favorable qui l'accompagne. Le pouls, de fréquent et serré qu'il étoit, devient lent et souple; la malade commence à se tourner indifféremment sur les deux côtés, parce que les douleurs et la sensibilité de l'abdomen ont diminué; les excrétions et les sécrétions se rétablissent; les mamelles, jusqu'alors flasques, reprennent la faculté de sécréter le lait; les lochies supprimées reprennent leurs cours; les nausées et les vomissemens ont disparu; il se manifeste presque toujours une sueur abondante qui est critique; les urines coulent abondamment, et

déposent un sédiment rouge; le sommeil devient tranquille, et la malade retourne à la santé. Ici, comme dans la péritonite ordinaire, cette terminaison peut entraîner après elle des adhérences dans quelque portion du péritoine.

2°. *Par suppuration.*

Elle a presque toujours lieu lorsque les malades périssent. On ne peut pas déterminer bien précisément l'époque de la formation du pus; mais il y a tout lieu de croire qu'elle se fait vers le sixième ou septième jour, lorsque les douleurs étant les mêmes ou diminuées, il y a des frissons irréguliers, et que le pouls et les autres symptômes ont le même degré d'intensité. Cette suppuration est manifeste après la mort. Tout le monde sent que la matière de la suppuration se trouvant déposée dans une cavité qui n'a point de communication extérieure, doit, par son accumulation, produire des accidens très-graves, non moins que par son abondance, qui peut quelquefois être jointe à une sorte d'épanchement lympathique.

3°. *Par gangrène.*

Cette terminaison est la plus ordinaire de la péritonite des femmes à la suite des couches, et est déterminée par la violence des symptômes inflammatoires. Elle est annoncée par la cessation brusque des douleurs abdominales, sans aucun signe de solution de la maladie; le pouls est petit et concentré, intermittent, la chute des forces considérable, et la mort prompte. A l'ouverture des cadavres, on trouve un liquide puriforme cendré très-fétide, et la membrane se déchire avec facilité.

4°. *Par chronicité.*

Outre ces diverses terminaisons, la fièvre puerpérale passe très-souvent à l'état chronique. Nous en avons rapporté un exemple plus haut. Il n'y a pas long-tems qu'il est venu périr à l'Hôtel-Dieu, dans la salle *Sainte-Marthe*, une femme qui étoit au troisième mois d'une affection puerpérale; il en est mort une autre dans la salle *Sainte-Magdelaine* : toutes les deux ont offert les symptômes communs à cette affection, c'est-à-dire, que l'abdomen étoit très-sensible au tact, un peu volumineux, plus douloureux dans certains momens que dans d'autres; qu'il y avoit des vomissemens qui se manifestoient de tems en tems, une sorte de fièvre lente et de marasme qui termina la maladie. Dans les deux cas, les ouvertures des cadavres ont présenté le péritoine très-rouge, épaissi, les intestins réunis en bloc par une substance épaisse, membraniforme, et baignés dans une certaine quantité de liquide puriforme floconeux.

Un des effets les plus marqués de la fièvre puerpérale passée à l'état chronique, c'est une extralation augmentée qui produit une véritable hydropisie secondaire. Une femme de vingt-cinq ans, que les liens du sang et de l'amitié nous avoient rendu chère, fit une fausse-couche vers le quatrième mois de sa grossesse; et après des pertes utérines très-abondantes, l'abdomen devint douloureux, tendu et météorisé, et les symptômes qui ont coutume d'accompagner la fièvre puerpérale se firent observer. Les remèdes qu'on administra parurent soulager la malade, qui négligea bientôt de se soigner. La sensibilité du bas-ventre persistoit encore, les vomissemens se répétoient par intervalles; enfin l'affection passa tout-à-fait à l'état chro-

nique. Le dépérissement et la maigreur devinrent extrêmes ; le soir il y avoit une sorte de fièvre lente ; et au troisième mois de l'accident, les symptômes s'étant accrus, l'abdomen se gonfla de plus en plus, et il se manifesta une hydropisie ascite considérable, avec engorgement et œdématie des membres inférieurs, et crampes fréquentes très-douloureuses. Les souffrances qu'elle eut à supporter durant sa maladie, lui rendirent moins redoutable ce moment où elle devoit finir d'exister. Elle mourut vers le milieu du quatrième mois. Il est à regretter, pour cette observation, que l'ouverture du cadavre n'ait pas été faite.

PRONOSTIC.

Toutes les fois que nous avons affaire à une inflammation locale simple ou compliquée d'une fièvre essentielle, nous jugeons que le pronostic est d'autant plus fâcheux, que l'affection porte sur des organes essentiels à la vue, et que la fièvre concomitante est d'un pire caractère.

D'après ce principe reconnu de tous les praticiens, il nous sera facile de juger de la fièvre puerpérale. Tous les auteurs s'accordent généralement à l'égard du pronostic fâcheux qu'il faut porter sur les suites de cette affection. *Willis*, qui a traité fort au long de ces sortes de maladies, n'hésite point de prononcer qu'elles sont le plus souvent mortelles : *Febres acutæ puerperarum in mortem ut plurimum cedunt* (1). Suivant les observations de *Puzos*, la plupart des femmes en couche qui périssent dans

(1) *De febrib. puerp.* pag. 289.

ces circonstances, ne meurent que de cette espèce de maladie (1). L'inflammation du péritoine chez une femme nouvellement accouchée, doit, en effet, être regardée comme très-dangereuse, tant à cause du rapport qui existe entre la membrane affectée et les organes sousjacens, que par rapport à la rapidité avec laquelle elle se manifeste et parcourt ses périodes. Elle est d'autant plus funeste, qu'elle se déclare plutôt après l'accouchement, et elle est enfin mortelle après une augmentation successive des symptômes. Quoique ce soit sur l'ensemble des phénomènes d'une maladie que doit reposer le jugement du médecin, cependant il doit porter ici plus spécialement son attention sur ce qui a rapport à l'affection locale. Dans la fièvre puerpérale, dit *Vogel*, c'est sur-tout l'état du bas-ventre qui décide de la vie et de la mort des malades (2). Cette maladie est d'autant plus dangereuse que l'abdomen est plus douloureux, dur, tendu, et météorisé; que les vomissemens sont plus fréquens et les angoisses plus tourmentantes.

Les signes d'une issue funeste sont la cessation subite des douleurs, pendant que le pouls est très-fréquent serré et petit, et que les autres symptômes ne diminuent point. Alors les extrêmités deviennent froides, et les malades ne tardent point à périr. C'est ce qui arrive lorsqu'il y a suppuration ou gangrène.

---

(1) *Traité des accouchemens*, 2me. Mémoire, pag. 367.

(2) *Abdomen procul dubio meditullium est à quæ vita vel mors pendent; quo magis hoc patitur, quo violentius, pertinacius, dolorososusque expansum est, eo periculum circonstantiis, cæteroquin sub iisdem pro uti symptomata hæc disparent decrescens majus erit.* Manuale, Prax. med. §. 250, pag. 361.

La diarrhée qui survient pendant que le gonflement du ventre persiste, est d'un très-mauvais symptôme, sur-tout lorsque la fièvre adynamique est de la partie. Cette complication, la plus fréquente, est celle qui ajoute le plus au danger de la maladie.

L'état du pouls, disent quelques auteurs, annonce d'autant plus de danger qu'il est plus fréquent et concentré. « Toute personne qui a une fièvre puerpérale bien caractérisée, et dont le pouls bat cent vingt fois par minute, doit être regardée, dit le Cit. *Delaroche*, comme dans un état bien critique. On doit tout craindre lorsqu'on le voit battre au-delà de cent trente fois par minute. Lorsqu'il va à cent quarante fois, il est presque toujours un présage de mort, surtout si, avec ce degré de fréquence, il est petit, foible et concentré, parce qu'alors la suppuration est déjà formée et les entrailles ont commencé à se gangrèner. »

On juge que la maladie a une issue favorable lorsque les douleurs abdominales diminuent, que les malades peuvent se tourner indifféremment sur l'un ou l'autre côté, et qu'en même-tems tous les autres symptômes ont pris un caractère meilleur. La souplesse du ventre, l'humidité et la rougeur de la langue, le rétablissement des excrétions et des sécrétions, le retour du lait au sein, le cours des lochies rétabli, les sueurs générales qui succèdent à la lenteur du pouls, les urines sédimenteuses, la faculté de dormir, etc. sont autant de signes favorables de guérison.

Exemples particuliers d'ouvertures cadavériques à la suite de fièvres puerpérales.

Après avoir donné des observations particulières de fièvre puerpérale, et tracé la description générale de la maladie, je vais rapporter plusieurs ouvertures cadavériques qui nous éclaireront de plus en plus sur la nature et le siége de cette affection. Elles ont été consignées dans les registres d'*anatomie pathologique* de l'Ecole de médecine de Paris, par le citoyen Bayle, aide d'anatomie; et elles m'ont été communiquées par le citoyen Dupuytren, chef des travaux anatomiques.

PREMIÈRE OUVERTURE.

État extérieur du corps. Cadavre d'une femme de trente-trois ans, cheveux châtain-foncé, peau brune, embonpoint succulent, langue nette, thorax résonnant, présentant des mamelles remplies d'un lait assez épais. Abdomen volumineux ondulent : gargouillement par l'agitation le ventre présentant à l'hypogastre une tumeur qui remontoit jusqu'à un pouce au-dessus du détroit supérieur du bassin. Ouverture de la vulve depuis l'une à l'autre commissure des petites lèvres de six travers de doigt d'étendue.

Appareils lésés.

Appareil digestif. Estomac et intestins distendus par des gaz, leur surface péritonéale rouge, finement injectée, se détachant facilement des parties qu'elle recouvre; épiploon et mésentère très-gras, un peu injectés; foie volumineux, sain dans son intérieur et ayant, comme tous les autres viscères, sa membrane

séreuse injectée et laissant suinter comme une matière mucoso-purulente; bile fort liquide et d'un jaune saffrané.

Appareil reproducteur. Matrice s'élevant à plus d'un pouce au-dessus du pubis, présentant plus de six travers de doigt d'étendue de l'une à l'autre trompe dans le diamètre transversal, et plus de quatre travers de doigt d'épaisseur d'avant en arrière. Son diamètre longitudinal avoit plus de dix travers de doigt. Quelques taches brunâtres sur la tunique péritonéale de la matrice, cette tunique épaisse finement injectée présentant quelques granulations pisiformes, pleines d'un pus blanc. Dans son intérieur la matrice a présenté une portion du placenta adhérente à un tissu mollasse comme spongieux. Après le lavage, couleur blanchâtre uniforme dans tout l'intérieur de la matrice. Taches noires ou plutôt livides au col de l'utérus, pénétrant dans toute l'épaisseur des parois du col où se trouvoient des kistes pisiformes remplis d'un liquide incolore très-filant. Membrane intérieure du vagin couleur de lie de vin. La substance graisseuse qui entoure le col de l'utérus imbibé d'un mucus blanchâtre,

Dans la capacité de l'abdomen près de deux pintes d'un liquide trouble puriforme, de couleur grise roussâtre, contenant des floccons blanchâtres et des concrétions membraniformes.

DEUXIÈME OUVERTURE.

État extérieur. Cadavre d'une femme de trente-huit ans, d'une stature assez haute et assez forte, à cheveux châtain-clair. Nulle croûte ni enduit fuligineux sur la langue ni sur les dents. Thorax réson-

nant assez bien, mamelles un peu affaissées, contenant un liquide presque incolore et ayant de petites tumeurs partielles. Ventre gonflé par quelque gaz et très-peu de gargouillement par l'agitation. La matrice ne put être distinguée au-dessus du bassin. Vulve très-dilatée couleur de lie de vin, présentant une ouverture de six à sept travers de doigt d'étendue, de l'une à l'autre commissure des petites lèvres.

Appareil digestif. Tous les gros intestins distendus par des gaz, ileum et jejunum couleur de lie de vin très-injectés, et leurs parois épaissies; mésentère un peu injecté, très-peu de liquide séreux sanguinolent épanché dans le bassin, rate un tiers plus volumineuse que dans l'état naturel. Un corps de la grosseur d'une noisette situé sous l'extrémité inférieure de la rate, de même couleur et tissu qu'elle. Foie très-volumineux flasque et gorgé, et présentant un petit lobule de la grosseur de la vésicule biliaire à côté de cette vésicule. Glandes mésentériques rouges et engorgées.

Appareil reproducteur. Vaisseaux du bassin injectés de sang. Péritoine épaissi, adhérence des ligamens larges avec les côtés du bassin, sur ces ligamens, quelques fausses membranes blanches et faciles à déchirer; matrice d'un volume un tiers plus gros qu'à l'ordinaire; sa membrane péritonéale rouge et injectée, ses trompes très-volumineuses vers le pavillon, et changées en un sac plein d'un pus blanc, épais lié, l'une et l'autre de même grosseur qui pouvoit égaler une petite noix allongée vers l'ovaire. L'intérieur de la matrice ou sa cavité contenoit une matière épaisse couleur de chocolat, ses parois, fort injectés en rouge,

étoient d'ailleurs dans l'état naturel, ainsi que sa tunique muqueuse.

Appareil respiratoire. Poumon gauche libre et gorgé de sang; poumon droit adhérent, par une très-grande quantité de membranes transparentes, à toute la plèvre costale droite. Son parenchime, au lieu d'être rouge comme du côté gauche, étoit un peu décoloré, et contenoit une grande quantité de liquide assez écumeux; d'une couleur un peu louche, nommé *pituite diffluente* par les praticiens. Cœur dans l'état naturel, sérosité sanguinolente foncée dans le péricarde, sang noirâtre et dissout, muscles de tout le corps rouges et poisseux.

TROISIÈME OUVERTURE.

Cadavre d'une femme d'environ vingt-cinq ans, cheveux noirs, stature haute, constitution assez forte, embonpoint charnu, etc. Lèvres un peu encroûtées de noir. Thorax présentant des mamelles gonflées contenant un liquide blanc, séreux et un peu floconeux. Ventre un peu gonflé offrant une tumeur qui s'élève à près d'un pouce au-dessus de l'hypogastre, vagin couleur de lie de vin, n'ayant que trois travers de doigt d'ouverture de l'une à l'autre commissure des petites lèvres. Vésicatoires appliqués aux jambes n'ayant produit aucun effet.

Appareil reproducteur. Matrice s'élevant à un pouce environ au-dessus du pubis, très-volumineuse, présentant plus de quatre doigts d'épaisseur d'avant en arrière. Sa tunique péritonéale rouge et injectée autour des trompes, et présentant quelques taches rougeâtres sur la partie postérieure de son corps, son tissu

sain très-épais, sa cavité contenant une matière noirâtre qui la tapisse en entier et a la consistance d'une bouillie d'odeur gangreneuse. Membrane interne du col de l'utérus noirâtre et gorgée de liqueur brune, vagin sain.

Environ deux chopines de liquide d'un gris roux médiocrement fétide et de sérosité rougeâtre épanchée dans l'abdomen. Epiploon très-gorgé de sang. Péritoine enduit d'une matière blanchâtre, membraniforme et floconeuse, dont plusieurs fragmens nagent dans la sérosité ou qui lie entr'eux les divers intestins. La partie lésée du péritoine est seulement celle qui forme les tuniques péritonéales des intestins, de la rate et de l'utérus (un vers lombric mort dans l'œsophage). Foie volumineux, rate ayant un volume qui égale la moitié d'un foie ordinaire. Vessie dans l'état sain, de même que les reins : chairs très-rouges, cerveau un peu consistant, un peu de sérosité à la base du crâne, et un peu aussi entre les deux lames de la méningine. Tout étoit sain dans la poitrine.

QUATRIÈME OUVERTURE.

État extérieur. Cadavre d'une femme d'environ quarante-quatre ans, très-robuste constitution, embonpoint graisseux, visage un peu rouge comme injecté. Langue couverte, vers le milieu seulement, d'un léger enduit grisâtre. Thorax résonnant bien, mamelles volumineuses contenant un liquide un peu jaunâtre très-terne. Ventre assez volumineux, un peu fluctuant, présentant un corps résistant à l'hypogastre, pénil (*mont de Vénus*) tout couvert de sang. Ouverture du vagin ayant sept à huit travers de doigt

de haut en bas, et toutes les parties environnantes de couleur livide.

État de l'abdomen. Plus d'une pinte de sérosité un peu terne. Après que cette sérosité fut écoulée, on voyoit un liquide blanchâtre plus dense et même épais, contenant des flocons blanchâtres, mous, et comme des fragmens membraneux; ce dernier liquide situé aux environs de la matrice. Tout étoit blanchâtre et sans taches brunes ou rouges dans l'abdomen; mésentère et épiploon fort gras, nulle trace d'injection, nulle rougeur inusitée dans ces parties ni dans le conduit alimentaire; foie décoloré d'un pâle un peu soufré, rate très-volumineuse, ayant une exudation membraniforme, très-fragile et très-molle sur sa face convexe, et présentant derrière elle un épanchement d'une couleur un peu chocolat.

Appareil reproducteur. Matrice très-volumineuse s'élevant au-dessus du détroit supérieur du bassin à neuf centimètres de hauteur, très-large de droite à gauche, présentant une exudation membraniforme molle sur sa tunique péritonéale, sur-tout vers les ovaires. Cavité de l'utérus capable de contenir huit onces d'eau, tapissée par un putrilage jaunâtre qui forme une couche assez épaisse. Parois de la matrice plus flasques que chez les autres femmes mortes en couche. Ces parois avoient quatre centimètres d'épaisseur, et les deux centimètres intérieurs ou de côté de la cavité de la matrice étoient rouges, tandis que les extérieurs étoient blancs.

Poumon et cœur dans l'état naturel, ce dernier contenant beaucoup de sang noir très-fermement grumelé dans ses oreillettes et dans ses grosses veines; mais ventricule du cœur et grosses artères vides de

sang. Tout étoit sain dans le crâne. Ce cadavre avoit les chairs d'un rouge foncé et poisseux; il s'est putréfié extrêmement tard.

CINQUIÈME OUVERTURE.

État extérieur. Cadavre d'une femme d'environ vingt-quatre ans, à cheveux et sourcils blancs. Corps assez charnu, embonpoint marqué, langue fort nette, thorax résonnant bien. Mamelles volumineuses, pleines d'un liquide blanchâtre et filant. Ventre un peu distendu par des gaz, présentant une tumeur volumineuse à l'hypogastre lorsqu'on le presse. Nulle fluctuation abdominale. Vulve très-dilatée injectée. Vagin très-élargi. Chute de la paroi pubiène du vagin formant une tumeur à la vulve. Ouverture de l'une à l'autre commissure des petites lèvres d'environ huit travers de doigts.

Dans l'abdomen, plus de deux pintes d'un liquide très-fétide, de consistance de purée, de couleur rouillée, et contenant des flocons blanchâtres ou des fragmens membraniformes blancs et tremblotans.

Appareil reproducteur. La matrice s'élevoit à un pouce et demi au-dessus du pubis. Son diamètre longitudinal avoit seize centimètres, le traversal près de neuf centimètres d'avant en arrière dans le milieu de son corps. La membrane péritonéale de l'utérus et les ligamens larges étoient fortement injectés, un peu phlogosés, les trompes étoient livides, rouges, brunes, faciles à déchirer, la cavité de l'utérus auroit pu contenir six onces d'eau; elle contenoit une matière très-fétide assez abondante de consistance de bouillie, de couleur de lie de vin, qui étoit sur-tout attachée à

une substance comme spongieuse qui paroissoit être le lieu ou s'inséroit le placenta avant l'accouchement. On y voyoit un assez grand nombre de cavités ou sinus utérins. Sur la paroi postérieure de l'utérus et à son col se présentoient des taches d'un rouge-brun, comme celles qu'on voit à la suite des contusions, dont quelques-unes pénétroient de l'intérieur de sa cavité jusqu'à l'extérieur des parois. L'orifice de l'utérus présentoit trois centimètres d'ouverture. Lèvres de cet orifice rouges, noirâtres et très-gorgées de sang. L'antérieure avoit près de trois centimètres d'épaisseur, et la postérieure étoit moins épaisse de moitié; la paroi supérieure du vagin étoit de couleur lie de vin et très-gorgée de sang.

Appareil digestif. Intestins phlogosés distendus par quelques gaz, marqués de plusieurs taches d'un rouge-brun; mésentère épaissi phlogosé, présentant des traces livides et des taches rougeâtres et brunâtres; épiploon injecté, reins flasques très-faciles à déchirer, foie sain, vésicule biliaire très-jaune, rate très-volumineuse; tout le péritoine et les tégumens qu'il fournit étoient injectés et paroissoient laisser exuder une matière analogue à celle contenue dans l'abdomen.

Cœur, gros vaisseaux gorgés de sang noir caillebotté. Mêmes dispositions dans le poumon, et sur-tout dans les sinus du cerveau. Chairs d'un rouge peu foncé, peu poisseuse.

SIXIÈME OUVERTURE.

État extérieur. Cadavre d'une femme de trente-quatre ans, cheveux blonds-châtain, embonpoint. Langue couverte d'une croûte légèrement blanchâtre. Abdomen volumineux présentant une tumeur

renitente qui s'élève du bassin jusqu'au nombril, et qui a près de sept travers de doigt de droite à gauche, fluctuation abdominale distincte. Ouverture du vagin n'ayant que quatre travers de doigt de l'une à l'autre commissure, vulve brune livide.

Dans l'abdomen épanchement d'environ deux pintes d'un liquide couleur de chocolat, et contenant beaucoup de flocons blancs tremblotans albumineux. Tout le péritoine et tous ses replis recouverts d'exudations membraniformes de diverse épaisseur, rate volumineuse, nulle tache sur les intestins, ni à l'extérieur de l'utérus, ni dans son tissu qui étoit très-épais et fort blanc. La matrice avoit dix-huit centimètres de long, douze de droite à gauche, et huit d'avant en arrière. Elle contenoit une substance spongieuse de couleur brunâtre lie de vin placée vers sa face postérieure. Ovaires de la grosseur d'une petite noix, et un peu infiltrés de sérosité.

Tout étoit sain dans le crâne et le thorax.

Résultat général des ouvertures cadavériques à la suite de fièvre puerpérale.

Des ouvertures cadavériques, à la suite de fièvre puerpérale, que nous venons de rapporter, et de celles qu'on connoît en général, il résulte que le péritoine est l'organe primitivement et essentiellement enflammé, et que l'inflammation s'étend indistinctement sur toute l'étendue de cette membrane, sans attaquer, par préférence, une portion plutôt qu'une autre. Cependant cette inflammation n'est pas toujours générale, quelquefois elle n'a lieu que sur certains points, et son intensité peut varier suivant que la maladie est

plus

plus ou moins forte, plus ou moins avancée. Je dis plus ou moins avancée, car lorsque les malades périssent promptement au bout du troisième, quatrième ou cinquième jour de la maladie, on trouve, à l'ouverture des cadavres, le péritoine offrant peu de rougeur, et dans certains cas on seroit presque tenté de croire qu'il n'existoit point d'inflammation de cette membrane. Cependant, d'après l'absence de ce signe, on ne pourra pas dire qu'il n'y avoit point inflammation, si l'on fait attention que dans le cas dont il s'agit, elle étoit seulement superficielle et comme érésypélateuse, si je puis me servir de cette expression, et qu'à l'instant où la malade a péri le sang s'est échappé par les vaisseaux collatéraux, comme cela arrive toute les fois que la mort, qui détruit tous les spasmes, fait cesser l'irritation qui retenoit le sang dans les parties enflammées, irritation qui n'étoit pas assez violente pour permettre au sang de transsuder à travers les parois des capillaires dans les aréoles du tissu organique. C'est ainsi que l'érysipèle superficiel disparoît, qu'il ne reste plus ou presque plus de traces de l'éruption cutanée de la rougeole, de la scarlatine, de l'inflammation, de la conjonctive, etc. après la mort. (*Bichat.*) Mais ce qui nous porte à croire qu'i y avoit un certain degré d'inflammation dans le cas qui nous occupe, ce sont d'abord les phénomènes pathologiques qui ont précédé, et les collections séreuses purulentes, qu'on trouve dans l'abdomen après la mort.

Puisque l'occasion se présente ici de parler de cette matière séreuse purulente qu'on trouve dans le bas-ventre des femmes mortes de fièvre puerpérale, je vais dire en passant ce qu'elle nous offre de

plus remarquable. Elle peut varier dans sa couleur et dans sa consistance, mais elle est ordinairement séreuse blanchâtre ou roussâtre, purulente, et elle contient des flocons albumineux plus ou moins abondans, suivant la plus ou moins grande intensité de l'inflammation du péritoine. C'est cet aspect blanchâtre et albumineux de cette liqueur qui en a imposé aux auteurs qui ont cru que c'étoit du lait, dont la métastase et les effets se manifestoient dans l'abdomen pour produire la fièvre puerpérale. On cite, à cet égard, une foule d'exemples, où l'on dit avoir trouvé du lait coagulé dans les ouvertures des cadavres (1). Mais si on examine avec soin ces prétendus épanchemens laiteux, avec l'esprit dégagé de toute prévention, on se convaincra que ce sont des collections séreuses purulentes de nature albumineuse, comme les fluides exhalés par le péritoine, sur lequel l'inflammation est déterminée. Il est essentiel de rapporter ici, en preuve de cette assertion, l'analyse chimique de cette matière opérée à l'École de Médecine par les Cit. *Bayle* et *Dupuytren*, qui ont eu la bonté de me la communiquer.

Analyse chimique de la matière liquide qu'on trouve dans l'abdomen des femmes mortes de fièvre puerpérale.

On recueillit dans la cavité du ventre d'une femme morte de fièvre puerpérale, à-peu-près deux pintes d'un liquide trouble de consistance de purée grise, roussâtre, contenant des flocons blanchâtres trem-

(1) Voy. Puzos, *Mémoire sur les dépôts laiteux*; Levret, Doublet, etc.

blotans, d'un blanc mat, quelques-uns semblables à des fragmens de membranes.

Par le repos, cette matière liquide s'est séparée en deux parties très-distinctes, à-peu-près également abondantes; la supérieure rougeâtre, transparente, mêlée à l'alcool, à l'acide nitrique et au tannin, a donné, par le moyen de chacune de ces matières, des flocons très-blancs. L'inférieure épaisse, opaque, trouble, blanchâtre, s'est fortement coagulée en blanc par l'acide nitrique : la potasse versée sur la partie rouge n'a pas troublé sa transparence; versée sur la partie blanche, elle a déterminé la formation des flocons blancs : au bout de vingt-quatre heures, de l'eau versée sur ces flocons les a d'abord fait disparoître, et a pris un aspect analogue à une dissolution de savon; mais, par le repos, les flocons blancs ont reparu au fond du verre.

On voit quelquefois nager dans cette liqueur quelques globules d'une matière qui paroît huileuse, et que les fauteurs de la métastase laiteuse ont été tentés de considérer comme la matière butireuse du lait suspendue dans ce fluide. Mais qu'on fasse bien attention que ces globules dépendent de l'épiploon, organe tendre et pulpeux qui se dissout facilement par l'effet de l'inflammation s'exerçant sur ses tuniques. On la trouve quelquefois dans certaines hydropisies totalement fondue, et réduite en flocons nageant dans les eaux épanchées de l'abdomen (1).

Si les partisans de la métastase laiteuse se sont crus fondés dans leurs opinions, c'est que la sécrétion du

(1) Morgagni, *de sedibus et causis morborum*, epist. 38, numér. 30; epist. 39, numer. 9; epist. 7, numer. 8.

lait ne s'établit point, ou disparoît chez les femmes atteintes de fièvre puerpérale. Alors, ont-ils dit, le lait, au lieu de monter aux mamelles, prend la voie du bas-ventre, qui devient aussitôt gonflé, tendu et douloureux au toucher, etc. Mais ces expressions, admises par beaucoup de praticiens, sont-elles bien exactes? Et, quelque fondée que puisse paroître la doctrine des métastases, n'est-il pas plus physiologique et plus médical de ne reconnoître la formation et la présence du lait que dans ses organes sécrétoires? Partout ailleurs les élémens qui le composent ne sont pas plus lait que toute autre humeur. D'ailleurs, les lois connues de la sensibilité ne rendent-elles pas raison de l'absence du lait aux mamelles dans le cas de fièvre puerpérale, sans recourir à sa prétendue métastase dans l'économie? Et n'est-ce point le propre de toute irritation déterminée sur un organe, d'attirer vers lui une somme de sensibilité plus grande, qui diminuera d'autant plus la somme de sensibilité des autres, et pourra suspendre, par ce moyen, leurs fonctions? C'est ainsi que les mamelles seront privées de la faculté de sécrétion, par le défaut de sentiment qui se manifeste sur elles, à l'occasion de l'action vitale augmentée du péritoine. C'est ainsi que, d'après la même loi, les lochies et les autres excrétions pourront se supprimer, comme on voit la dessiccation des ulcères s'opérer par la suppression de l'écoulement dans les affections de ce genre.

Revenons maintenant aux ouvertures cadavériques. Dans le cas où les malades périssent dès les premiers jours, on trouve les intestins non agglomérés, ou, s'ils le sont, il est très-facile de les séparer, parce que la matière qui les unit, offre peu

de force d'adhérence. Examinés plus profondément dans les tissus qui les composent, les intestins n'offrent rien de particulier; leurs membranes muqueuse et musculaire sont intactes comme dans l'état naturel; la matrice est presque toujours intacte, souvent elle a un volume plus considérable, ce qui est évidemment l'effet de l'accouchement.

Dans un second cas, c'est-à-dire, lorsque les malades périssent un peu plus tard, vers le dixième, quinzième ou vingtième jour, alors le péritoine présente toujours un état de rougeur très-marqué. On observe que la partie inférieure, c'est-à-dire, la portion qui recouvre la matrice, n'est pas, en général, plus rouge que d'autres. La suppuration est plusabondante, et le fluide a le même aspect à-peu-près que dans le cas précédent. Les intestins sont beaucoup plus fermement collés ensemble, le paquet des intestins grèles sur-tout, et les organes sousjacens sont intacts comme dans l'autre cas.

Au-delà du trentième ou quarantième jour de la fièvre puerpérale, les ouvertures cadavériques nous offrent les mêmes phénomènes que dans les inflammations chroniques du péritoine; il est rouge dans presque toute son étendue, ou sur un grand nombre de points différens, et a acquis une épaisseur considérable qui lui a fait perdre sa transparence. L'agglutination des intestins est plus générale; ils sont réunis en bloc et collés avec beaucoup de force, et on rencontre quelquefois des adhérences entre les diverses portions du péritoine. Quoique son inflammation soit, en général, étrangère et indépendante des organes sousjacens, cependant il est fort rare qu'elle passe à l'état chronique sans se propager plus

ou moins loin par le moyen du tissu cellulaire, et sans se communiquer aux tissus voisins. On trouve aussi dans ce dernier cas, une certaine quantité d'un liquide purulent de même nature que celui que nous avons examiné, ou même un épanchement lymphatique, résultat d'une hydropisie secondaire.

Conclusion générale.

Après avoir vu que la maladie dite *fièvre puerpérale* ne doit point être regardée comme une fièvre essentielle, qu'elle ne dépend point d'une inflammation de matrice ni des viscères abdominaux, et après avoir exposé l'histoire fort générale de l'inflammation du péritoine, il est facile de voir que tous les phénomènes observés dans la fièvre puerpérale viennent se réunir sans effort pour établir une similitude parfaite entre cette maladie et la péritonite. Dans les deux cas, les symptômes sont les mêmes, et les ouvertures cadavériques offrent la plus parfaite analogie dans leur résultat; c'est pourquoi nous n'insisterons pas davantage : la conclusion se tire d'elle-même, et nous terminerons par une observation importante que voici. Il n'y a pas longtems qu'il y avoit dans les salles de l'Hôtel-Dieu un homme attaqué de péritonite, et une femme attaquée de fièvre puerpérale en même-tems. Jour par jour, les symptômes observés comparativement chez l'un et l'autre individu ont été absolument les mêmes; il n'y avoit d'autre différence qu'en ce que, chez la femme, les lochies et la sécrétion du lait étoient supprimées. Concluons donc *que la maladie dite* fièvre puerpérale *n'est qu'une inflammation du péritoine*, *avec*

une fièvre secondaire ou primitive, et à laquelle on doit donner le nom de péritonite simple ou compliquée, à la suite des couches.

ARTICLE III.

Principes généraux du traitement.

Des difficultés plus ou moins grandes, et qu'on n'avoit pas pressenties, ont dû se présenter en foule à la plupart des Médecins qui se sont occupés du traitement de la fièvre puerpérale dont la nature n'étoit point encore assez bien déterminée. Ils n'ont pu, dans ce cas, se diriger que par des tâtonnemens plus ou moins incertains, et substituer des formules de médecine à des principes raisonnés. C'est ainsi que, tour-à-tour, des méthodes émollientes, évacuantes, des saignées plus ou moins copieuses, ont été mises en usage, suivant l'idée qu'ils s'étoient faite de la maladie; mais maintenant que nos lumières sur cet objet sont plus étendues, que nous connoissons mieux la nature de la fièvre puerpérale, il nous sera plus facile de nous élever aux principes du traitement qui lui convient.

Nous avons démontré que cette maladie n'étoit qu'une phlegmasie du péritoine. Or, la méthode curative qu'on doit lui opposer, ne diffère point de celle qu'on emploie pour les fluxions, et, sous ce rapport, nous avons des principes fixes d'après lesquels il importe de se diriger. Il faut lire à ce sujet un *Mémoire*

du célèbre *Barthez*, sur le *Traitement méthodique des fluxions* (1).

La *fièvre puerpérale*, sous le rapport de son traitement, doit être considérée dans deux états différens : 1°. dans son invasion ; 2°. dans son développement complet.

1°. *Dans son invasion.* Je pense que, pour arrêter le cours de la péritonite des femmes en couche, et prévenir ses funestes effets, il faut principalement s'occuper à la reconnoître dès son principe. Alors un traitement actif et sagement dirigé peut être salutaire, tandis que, si on laisse passer ce moment favorable, tout peut devenir inutile. En effet, quelle confiance peut-on avoir dans les remèdes lorsque la fièvre puerpérale bien développée est accompagnée de cet épanchement séroso-purulent qu'on trouve dans l'abdomen après la mort ?

Dans une maladie dont les progrès sont si prompts et si souvent funestes, on ne doit pas perdre de tems dans une expectoration qui pourroit devenir dangereuse. Et comme l'élément principal de toute fluxion est un état de spasme qui résulte du désordre de la sensibilité, c'est principalement sur cet état de spasme que le Médecin doit porter ses vues dans la maladie qui nous occupe. Dans ce cas, il doit avoir recours à une méthode perturbatrice qui ait pour but de détruire les mouvemens que cet état de spasme tend à diriger vers le point qui doit être le siége de l'affection. Et dans la fièvre puerpérale, la fluxion sur le péritoine étant imminente, il faut, pour la détourner, lui opposer de fortes révulsions ou des secousses capables de

(1) *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, 2me. année.

modifier la sensibilité, de changer le point d'irritation, et d'enrayer, par ce moyen, les élémens de la fluxion. On pourra avantageusement parvenir à ce but en se servant des vomitifs, soit de l'ipécacuanha ou de tartrite de potasse antimonié, à petites doses, et répétées plusieurs fois. L'impression qu'ils portent sur l'estomac, est un des moyens d'excitation les plus puissans qui tendent avec le plus d'avantage à mettre en jeu le principe de la chaleur ou de l'expansibilité, et à porter, à répandre, à distribuer uniformément les forces et les mouvemens sur tous les points de la masse du corps. (Grimaud, *Traité des Fièvres.*)

Pour aider la force expansive de l'émétique, on peut lui associer utilement quelques boissons cordiales qui aient la propriété de favoriser une sueur salutaire, au moyen d'une chaleur modérée. Dans cette circonstance, on a soin de rechauffer les extrémités des membres, sur-tout pendant le période du froid.

Il faut bien observer que ce n'est que dès le commencement de la maladie, c'est-à-dire, avant que la péritonite soit bien développée, qu'on peut administrer l'émétique avec sécurité; car on ne peut se dissimuler que ces moyens n'aient eu quelquefois des inconvéniens plus ou moins graves, toutes les fois qu'on a négligé cette précaution.

Mais les avantages du vomitif, administré dès le commencement de la maladie, sont évidemment démontrés par les succès de *Doulcet.* La fièvre puerpérale régnoit à l'Hôtel-Dieu, elle y faisoit beaucoup de ravages, et se montroit également opiniâtre aux secours de l'art et aux ressources de la nature, lorsque ce Médecin saisit le moment où cette cruelle

maladie se déclaroit chez une femme nouvellement accouchée, observa les symptômes, et ordonna sur le champ un vomitif qui sauva la malade. Encouragé par ces succès, il eut soin de surveiller les autres femmes en couche, et de donner le vomitif lorsqu'il apercevoit les signes de l'invasion de la maladie : il eut, par ce moyen, le bonheur d'en arrêter les progrès. Tout le monde sent maintenant que si ce traitement, administré par Doulcet dans les vues de détourner la prétendue humeur laiteuse de sur l'abdomen, où il croyoit qu'elle se portoit, ou d'évacuer les matières fixées dans les premières voies, a eu souvent des succès entre ses mains, ce n'est pas comme évacuant qu'il a été avantageux, mais bien comme révulsif de la sensibilité (1) ; c'est pourquoi ce moyen ne réussit que dès le commencement de la maladie.

Après l'emploi de l'émétique, un moyen propre à calmer ou à dissiper de plus en plus l'élément nerveux, seroit la préparation d'opium donnée à des doses réfractées. C'est ce que *Sydenham* n'hésitoit point de pratiquer (2), et *Van-Swieten* assure s'en être servi avec succès (3). *Chambon* prétend que c'est un moyen efficace pour dissiper le spasme que produit l'engorgement local, ou qui favorise du moins son accroissement (4). *Pinel* conseille de donner des narcotiques dans le cas de spasme violent dans l'entérite (5).

---

(1) Il ne faut point exagérer cependant le défaut de propriété évacuante de l'émétique, administré dans le cas de fièvre puerpérale ; car, lorsque la maladie est compliquée d'embarras gastrique, etc. alors il peut agir aussi comme évacuant, et remplir deux buts à la fois.

(2) *Dissert. epist.* tom. 1, pag. 280.

(3) *Comment. in aph.* §. 1324, tom. 4, pag. 521.

(4) *Maladie des femmes*, tom. 1, pag. 192.

(5) *Nosograph. philos.* 1re. édition.

D'autres moyens perturbateurs énergiques, et qui pourroient être utiles dans ce cas, ce sont des applications plus ou moins répétées, de linges trempés dans l'eau froide ou à la glace, sur l'abdomen. *Sarcone* et *Van-Swieten* s'en sont servi avec beaucoup de succès dans l'entérite, mais il faut être extrêmement réservé sur leur emploi, et prendre garde que l'affection ne soit pas parvenue à cet état d'inflammation qui caractérise la péritonite, parce que la stupeur qu'il produiroit sur l'organe affecté pourroit bien développer la gangrène, comme cela arrive, par exemple, lorsqu'on applique de la glace pilée sur une hernie étranglée dans la vue de faire cesser les accidens. Ce moyen auroit un double avantage, dans le cas où l'état spasmodique se compliqueroit avec la présence du gaz dans les intestins.

L'application des vésicatoires sur l'abdomen dans le cas de fièvre puerpérale ne doit pas être à négliger. Depuis quelque-tems on s'en est servi à l'Hôtel-Dieu de Paris avec un certain avantage, mais si les effets qu'on en a retirés n'ont pas toujours été salutaires, cela tient à des circonstances qu'il est difficile d'apprécier. Toutefois ils ont prolongé les jours à plusieurs malades chez lesquels l'affection à passé à l'état chronique.

Dans la classe des révulsifs énergiques à mettre en usage dans la péritonite à la suite des couches, je mets l'application des rubefians ou des sinapismes à la plante des pieds. Ces moyens me paroissent devoir convenir principalement dans le cas où la maladie est compliquée de fièvre adynamique ou ataxique. Je n'hésiterai point de m'en servir si un cas semblable se presentoit à moi, et ma conduite à cet égard seroit

d'autant mieux justifiée que la sympathie entre les extrémités des membres abdominaux et le bas-ventre est grande.

Quoique les saignées générales soient dans bien des cas un des moyens les plus propres à détruire par voie de révulsion les spasmes des organes intérieurs, je n'oserai point l'employer pour la fièvre puerpérale quand même cette affection seroit bien développée, à moins que je n'eusse affaire à une femme extrêmement pléthorique et sanguine. Je craindrois que la débilité causée par l'évacuation du sang n'augmentât la disposition qu'ont les femmes, dans cette occasion, à contracter des fièvres adynamiques de mauvais caractère. Ainsi, malgré que *Hulme* dise que c'est le premier moyen auquel on doive avoir recours, que *Delaroche* pense que, dans presque tous les cas, elle est le remède essentiel sur lequel on doit le plus compter pour assurer la guérison, que *Denman* se déclare aussi pour cette pratique, sur-tout dès le commencement de la maladie, je dis qu'il faut proscrire ce moyen hors le cas que j'ai indiqué.

La succion, l'application des ventouses, etc. sur les mamelles ne sont point à dédaigner, soit qu'on ait en vue ou de détruire le spasme ou de rétablir la sécrétion du lait.

2°. *Dans son développement complet.* Les moyens que nous avons déjà indiqués pour la fièvre puerpérale, doivent être administrés, autant que possible, dès le commencement de la maladie. Ceux que nous allons développer maintenant d'une manière générale, conviennent spécialement dans le cas où la maladie est bien développée; car, quand on a lieu de soupçonner que les mouvemens de la fluxion sont

fixes, et que l'état inflammatoire est bien décidé, alors l'organe, qui est le siége de l'affection, sympathise d'autant moins avec les organes éloignés, et la nature, dit *Barthez*, ne peut ressentir utilement que l'influence sympathique qu'exercent sur cet organe les affections excitées dans les parties qui en sont voisines, c'est pourquoi, dans ce cas, les révulsifs seroient peu avantageux, et qu'il faut avoir recours aux remèdes les plus locaux.

C'est ainsi que des saignées locales sont très-convenables pour affoiblir sympathiquement la sensibilité de l'organe qui est le siége de la fluxion, et pour résoudre même l'affection spasmodique qui est si généralement produite dans cet organe. (*Barthez*). De plus, ces saignées locales ont cela d'avantageux, qu'elles dégorgent lentement et n'affoiblissent point comme les saignées générales. C'est pourquoi, dans la fluxion du péritoine, les sangsues à la vulve, ou à l'anus ou même à l'abdomen, me paroissent devoir convenir. On les a vu souvent faire prendre un meilleur caractère à la maladie après avoir rappelé les lochies. Voici comment il faut concevoir la raison de ce phénomène: ce n'est pas que les sangsues aient la propriété de rappeler les lochies par la succion qu'elles opèrent, mais elles déterminent sur l'utérus un certain degré d'irritation, dont l'effet est de réveiller l'action de cet organe, et de rétablir le mode de sensibilité nécessaire à l'écoulement des vidanges. C'est précisément ce rappel de sensibilité, du côté de l'utérus, qui diminue celle de l'organe affecté, et produit l'amélioration qu'on observe dans les symptômes.

C'est ainsi que dans ce cas, pourvu que la suppuration et l'épanchement dans l'abdomen ne soient pas

encore établis, on pourra avantageusement entretenir des sinapismes, des ventouses, etc. sur les organes mamaires, dont la sympathie, avec le bas-ventre, paroît particulièrement démontrée dans le cas de fièvre puerpérale par la suppression du lait, phénomène assez constant de la maladie.

Dans l'état d'intensité de cette affection il ne faut point user des lavemens irritans, et on doit s'abstenir plus soigneusement encore de l'application de l'eau à la glace sur l'abdomen : j'ai dit pourquoi. Mais on peut y entretenir les vésicatoires, et les promener même sur différens points de sa surface, sur-tout dans le cas où la fièvre adynamique complique la maladie. Les lavemens émolliens conviennent dans le cas de simplicité, principalement lorsque les douleurs sont très-violentes, qu'il s'agit de diminuer l'érétisme, de fomenter les intestins, et d'entretenir la liberté du ventre. Tous les auteurs les recommandent dans le cas de constipation, et on a été d'autant plus porté à les administrer dans ce cas, que leur usage est facile et offre peu d'inconvénient.

On a beaucoup conseillé des fomentations humides tièdes, appliquées sur l'abdomen pour en diminuer les douleurs; mais quelques auteurs ne comptent pas beaucoup sur la bonté de leurs effets, car on a eu occasion d'observer plusieurs fois, que les douleurs, après avoir été calmées un certain tems par l'application des éponges imbibées d'eau chaude ou de quelque décoction émolliente, recommençoient avec autant d'intensité qu'auparavant, et comme si on n'avoit rien fait. On a substitué quelquefois aux fomentations l'application de linges trempés dans du lait. On a mis en usage des fomentations huileuses, gras-

ses, des embrocations faites avec de l'huile de lin, d'amandes douces, de graines mucilagineuses, etc.; et on recommande encore l'emploi des fomentations faites avec une forte décoction des plantes aromatiques.

Par rapport à l'usage des bains, on en a dit fort peu de chose pour la fièvre puerpérale. *Leake* dit l'avoir employé sans succès, ce qu'il semble attribuer à ce qu'on n'avoit pas fait précéder la saignée; c'est pourquoi il veut qu'on ne les rejette point entièrement; *Denman* dit que les fomentations, les bains de vapeurs, peuvent être employés avec avantage. *Delaroche* ne fait point usage du bain tiède pour la maladie des femmes en couche, parce qu'il craint que l'attirail bruyant qu'entraîne son emploi, les mouvemens que la malade est obligée de faire pour s'y placer, la situation pénible qu'elle est obligée d'y tenir, etc. ne la privent du repos dont elle a besoin. Il veut qu'on évite toutes les causes d'irritation, en substituant au bain tiède de simples fomentations, faites avec des flanelles trempées dans de l'eau chaude, et appliquées sur le bas-ventre après avoir été bien exprimées.

En général, dans le traitement de la fièvre puerpérale, il faut insister sur l'emploi des narcotiques et des calmans, dans la vue de diminuer les douleurs, qui sont intolérables, sur les boissons d'eau d'orge, de petit-lait, ou une légère infusion de tilleul, dans laquelle on mêle quelques cuillerées d'eau de fleurs d'orange. Il faut répéter les lavemens si la constipation persiste, et s'il y a dévoiement, administrer par intervalle quelque poudre amère et tonique, comme du quinquina, de la rhubarbe, mêlés ensemble et à petites doses.

Il importe aussi d'éloigner, dès le commencement de la maladie, tous les objets d'insalubrité, et toutes les causes qui pourroient agir fortement et en sens contraire, sur l'état physique et moral de la femme. On doit prescrire une diète sévère, un régime bien soigné. Dans le cas de complication, il faut soigneusement combiner les remèdes qui conviennent généralement à la maladie principale avec ceux appropriés à la maladie complicante.

Les médecins doivent, de plus en plus, faire leurs efforts pour prévenir une maladie, dont on ne pourra diminuer les funestes effets, qu'en s'occupant avec soin de tout ce qui est relatif à l'hygiène des femmes en couche. C'est un sujet bien digne des méditations du médecin philantrope, et qui offre un vaste champ de recherches, à la fois neuves et utiles.

FIN.

TABLE

DES MATIÈRES.

Fin de la Table.

ERRATA.

TOME I.

PAGE 7, ligne 14, inonimée, *lisez*, innonimée.
Page 7, ligne 15, inonimés, *lisez*, innonimés.
Page 10, ligne 23, où, *lisez*, ou.
Page 51, ligne 11, quant, *lisez*, quand.
Page 94, ligne 7, exciation, *lisez*, excitation.

TOME II.

Page 59, ligne 4, autrementement, *lisez*, autrement.
Page 62, ligne 32, pour gager, *lisez*, pour dégager.
Page 105, ligne 6, Daneavia, *lisez*, Danavia.
Page 126, §. 778, *lisez*, §. 738.
Page 126, §. 779, *lisez*, §. 739.
Page 130, ligne 7, nous ne le plaçons, *lisez*, nous ne les plaçons.

A PARIS, de l'Imprimerie DE BOSSANGE, MASSON ET BESSON.

coll. complet
avec 24 pl. gr.
18.I.43. H.A.